

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Medicina



**EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS EN LA
POSGUERRA ESPAÑOLA (1939-1952) : ASPECTOS
ORGANIZATIVOS Y CLÍNICO ASISTENCIALES**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Ana María Consegnieri Gámez

Bajo la dirección de los doctores

M. Olga Villasante Armas
Rafael Huertas García-Alejo
Ángel L. González de Pablo

Madrid, 2014



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD
PÚBLICA. HISTORIA DE LA CIENCIA

EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS EN LA
POSGUERRA ESPAÑOLA (1939-1952). ASPECTOS
ORGANIZATIVOS Y CLÍNICO ASISTENCIALES.

TESIS DOCTORAL

ANA MARÍA CONSEGLIERI GÁMEZ

Directores: M. Olga Villasante Armas

Rafael Huertas García-Alejo

Ángel L. González de Pablo

2013

*A mi padre, que me enseñó
la importancia de cruzar la ría a diario*

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis no hubiese existido sin la ayuda y el apoyo de muchas personas.

En primer lugar dar las gracias a mis tres directores de tesis: Olga Villasante, Rafael Huertas y Ángel González De Pablo.

Rafael Huertas, por compartir generosamente sus conocimientos y por su visión global; las reuniones con él siempre han sido un estímulo para seguir.

Olga Villasante, por haber sido mucho más que una incansable directora de tesis; ha sido una guía en mi formación como psiquiatra y mi puerta de entrada en el fascinante mundo de la historia de la psiquiatría.

Isabel del Cura, porque su metodología y estadística han sido imprescindibles para el desarrollo de este trabajo.

Las “chicas de Leganés”, Paloma Vázquez de la Torre, Raquel Tierno y Ruth Candela, compañeras de investigación y devoradoras de archivos además de amigas; especialmente Paloma que ha vivido junto a mí los acontecimientos más importantes en estos últimos años de mi vida.

Óscar Martínez Azumendi por su colección de fotos; Emilio González y David Simón por sus datos gallegos; Antonio Rey y Enrique Jordá por el Congreso de París; Josep M. Comelles por sus apuntes sobre la psiquiatría catalana. Todos ellos han hecho que este trabajo se haya podido completar.

Manuel Desviat y Carlos González, que siempre me permitieron el acceso al Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

A Rosa y Herminia Peraita, por abrirme las puertas de su casa y mantener viva la memoria de su padre.

Los archiveros y bibliotecarios de las bibliotecas y archivos consultados que me facilitaron toda la labor documental.

Mis compañeros de trabajo, por sus escuchas y los residentes por sus preguntas.

Los aprendices de “guerrero” y especialmente José Sánchez que me enseñó una manera de “caminar” diferente y a “quemar libros”.

Todas aquellas personas que estuvieron durante este proceso y que ya no están.

Mis padres y hermanos, que siempre creyeron que podía conseguirlo.

Jason, compañero de viaje en el camino de mi vida, y mis hijas Sofía y Chloe por todas las horas que han tenido a mamá “working”.

Media España salía entonces del oscuro túnel de la guerra, y la otra media entraba en la pesadilla de la posguerra.

Aquel tren de hace medio siglo, con sus traqueteantes vagones de tercera, es difícil hoy de imaginar.

José Luis Sampedro

ÍNDICE*

INTRODUCCIÓN

1. ESTADO DE LA CUESTIÓN	17
2. HIPÓTESIS	23
3. OBJETIVOS	23
3.1 General	23
3.2 Objetivos parciales	23
4. MATERIAL Y MÉTODO	24
4.1. Fuentes	24
4.1.1. Fuentes de Archivo	24
4.1.2. Fuentes impresas	25
4.2. Bibliografía secundaria	25
4.3. Metodología	26

CAPÍTULO I. PSIQUIATRÍA EN LA POSGUERRA: EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS

1. INSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN LA POSGUERRA	33
2. APLICACIÓN DEL DECRETO DE JULIO DE 1931 EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS DURANTE LA POSGUERRA (1939-1952)	36
3. FUNCIONAMIENTO Y RÉGIMEN INTERNO DEL MANICOMIO DE LEGANÉS: REGLAMENTO INTERNO DE 1941	40
3.1. La población manicomial de posguerra: más pensionistas para un manicomio de beneficencia	44
3.2. Las licencias temporales	48
3.3. La clasificación de los departamentos	50
3.4. Los pacientes judiciales en el Manicomio de Leganés en la posguerra	53

* Esta tesis ha terminado de realizarse en el marco del Proyecto de Investigación "Prácticas asistenciales y estrategias de institucionalización de la psiquiatría franquista": HAR2012-37754-C02-01 (Ministerio de Economía y Competitividad - España).

4. PERSONAL SANITARIO Y SUBALTERNO DE LA INSTITUCIÓN AL FINALIZAR LA GUERRA CIVIL.....	55
4.1. Los practicantes en el Manicomio de Leganés.....	57
4.2. La plantilla médica	63
4.3. La formación neuropsiquiátrica de Manuel Peraita Peraita (1908-1950)	70
4.4. La incorporación de Manuel Peraita Peraita al Manicomio de Leganés	74
CAPÍTULO II. DEMOGRAFÍA Y MOVIMIENTOS DE LA POBLACIÓN MANICOMIAL	
1. LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL MANICOMIO EN LA POSGUERRA	81
1.1. Hoja de entrada y vicisitudes	81
1.2. Cuestionario interrogatorio	84
1.3. Otros documentos en las historias clínicas.....	85
2. LA POBLACIÓN MANICOMIAL.....	86
2.1. Edad.....	86
2.2. Sexo y estado civil.....	88
2.3. Profesión.....	89
2.4. Procedencia geográfica	91
2.5. Estancias medias	93
3. MOVIMIENTOS POBLACIONALES EN EL MANICOMIO: LA ADMISIÓN DE ENFERMOS	93
3.1. Población total hospitalizada en el manicomio	95
3.2. La admisión de pacientes durante la posguerra.....	96
3.2.1. Ingresos anuales globales.....	96
3.2.2. Ingresos en función de las categorías de los partes estadísticos	97
3.2.3. Ingresos y altas en el manicomio	102
3.2.4. Ingresos y altas en otras instituciones psiquiátricas.....	103
4. LAS ALTAS DE LOS ENFERMOS DEL MANICOMIO	105
5. LA MORTALIDAD PSIQUIÁTRICA	113

5.1.Mortalidad asilar española	113
5.2.Mortalidad psiquiátrica	114
6. CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MANICOMIO	121
6.1. Infecciones en el Manicomio de Leganés durante la posguerra.....	125
CAPÍTULO III. NOSOLOGÍA Y NOSOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA	
1. LA CONSOLIDACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN KRAEPELINIANA.....	136
2. ALTERACIONES MENTALES EN LOS GRUPOS KRAEPELINIANOS I, II Y III: TOXICOMANÍAS Y ALCOHOLISMO	141
2.1. Las cartas de "Doña LILI" durante su internamiento.....	144
2.2. La patología carencial en el Manicomio de Leganés durante la posguerra ...	149
3. LA PATOLOGÍA SIFILÍTICA.....	150
4. PROCESOS ARTERIOSCLERÓTICOS Y DE REGRESIÓN (DEMENCIA SENIL) Y EPILEPSIA GENUINA	155
5. EL FINAL DE LA <i>DEMENTIA PRAECOX</i> Y LA CONSOLIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA	159
5.1. Las “voces” de la esquizofrenia	163
6. LA PARANOIA Y EL ABANDONO DE LA PSIQUIATRÍA FRANCESA..	167
7. DE LA LOCURA CIRCULAR A LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA .	172
7.1. Psicosis maniaco depresiva y creatividad	175
8. LA ESCASA INCIDENCIA DE LA PATOLOGÍA DE GUERRA EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS	178
9. AUMENTO DE PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS Y OLIGOFRENIAS	182
9.1.Personalidades psicopáticas	182
9.2.Psicopatía y responsabilidad jurídica	185
9.3. Oligofrenias.....	193

CAPÍTULO IV. LA INTRODUCCIÓN DE NUEVAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS: ENTRE LA LABORTERAPIA Y EL ELECTROCHOQUE

1. INTRODUCCIÓN.....	197
2. LA LABORTERAPIA. UN COMPLEMENTO TERAPEÚTICO.....	200
3. HIDROTERAPIA Y MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS	204
4. EL DECLIVE DE LA PIRETOTERAPIA.....	206
5. LOS PRIMEROS TRATAMIENTOS DE PENICILINA.....	209
6. EL EMPLEO DE LOS BARBITÚRICOS EN LA INSTITUCIÓN	211
7. LAS TERAPIAS DE CHOQUE	213
7.1. Choque cardiazólico.....	214
7.2. Coma insulínico: cura de Sakel.....	216
7.3. Electrochoque.....	220
8. LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	224
9. LA EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN LA POBLACIÓN MANICOMIAL	231
CONCLUSIONES	241
FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA.....	247
THE NATIONAL ASYLUM OF LEGANES DURING THE AFTERMATH OF THE SPANISH CIVIL WAR (1939-1952). ORGANIZATION AND CLINICAL ASSISTANCE	281
1. INTRODUCTION.....	281
2. HYPOTHESIS.....	282
3. OBJETIVES	282
4. METHODOLOGY	283
5. CONCLUSIONS	283
6. BIBLIOGRAPHY	286
ANEXOS	291

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO I

Tabla 1. Comparativa de las pensiones de los ingresados en ambos Reglamentos (1885, 1941)	48
Tabla 2. Comparación de Reglamentos. División del Manicomio de Leganés en departamentos diferentes para ambos sexos.....	51
Tabla 3. Años de ejercicio de profesión de los practicantes del Manicomio de Leganés (1939-1952)	60
Tabla 4. Comparación de ambos reglamentos en el capítulo referente a las funciones del jefe facultativo.....	65
Tabla 5. Años de ejercicio de profesión del personal médico del Manicomio de Leganés (1939-1952).....	67

CAPÍTULO II

Tabla 1. Causas de alta registradas en las historias clínicas en la población manicomial de Leganés (1939-1952)	108
Tabla 2. Distribución de tasas de mortalidad en función de los grupos de edad.....	121
Tabla 3. Causas de mortalidad distribuidas por sistemas diferenciando el origen infeccioso o no (N=323).....	122
Tabla 4. Distribución de causas de mortalidad en función de los grupos de edad	123
Tabla 5. Tasa de mortalidad específica en el Manicomio de Leganés (1946).....	131

CAPÍTULO III

Tabla 1. Clasificación nosográfica de los partes estadísticos.....	138
Tabla 2. Diagnósticos literales incluidos en el tercer apartado de la clasificación de kraepelin.	143
Tabla 3. Diagnósticos literales incluidos en el octavo apartado de la clasificación de kraepelin.	163

CAPÍTULO IV

Tabla 1. Tipos de tratamientos farmacológicos en el Manicomio de Leganés (1939-1952). 213	
Tabla 2. Administración de la cura de Sakel aislada o conjuntamente en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	220
Tabla 3. Administración de electrochoque de manera aislada o en conjunto en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	223
Tabla 4. Aplicaciones terapéuticas en función de la clasificación diagnóstica.	234

Tabla 5. Diferentes medidas terapéuticas recogidas en las 173 historias clínicas de los pacientes.....	236
Tabla 6. Medidas terapéuticas administradas de manera aislada o en combinación (N=208).	237

INDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I

Figura 1. Cumplimentación de documentos al ingreso de los pacientes del Manicomio de Leganés (1939-1952)	38
Figura 2. Número de pacientes ingresados por categoría administrativa en el Manicomio de Leganés (1939-1952)	46
Figura 3. Número de registros evolutivos recogidos en las historias clínicas del Manicomio de Leganés (1939-1952).....	66
Figura 4. Recorte del periódico <i>El Alcázar</i> , Madrid, 22 de mayo de 1947.....	73

CAPÍTULO II

Figura 1. Distribución por intervalos de edad y sexo de la población manicomial de Leganés (1939-1952).....	87
Figura 2. Estado civil en la población manicomial de Leganés (1939-1952).	89
Figura 3. Hoja de entrada y vicisitudes de un paciente médico de profesión que ingresa como pensionista gratuito.	90
Figura 4. Distribución anual de la población manicomial de Leganés según los partes estadísticos.	96
Figura 5. Ingresos anuales de pacientes en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	96
Figura 6. Ingresos de pacientes agrupados por sexo en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	97
Figura 7. Ingresos de varones distribuidos por clasificación administrativa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	98
Figura 8. Ingresos de mujeres distribuidos por clasificación administrativa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	99
Figura 9. Población manicomial en Leganés distribuida por clasificación técnica (1939-1952).	100
Figura 10. Ingresos y altas de pacientes en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	102
Figura 11. Ingresos y altas de pacientes en el Manicomio de Conxo (1939-1952).....	104
Figura 12. Ingresos y altas de pacientes en el Instituto Mental de la Santa Creu (1945-1952).	104
Figura 13. Motivos de alta contemplados en los partes estadísticos de los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	106
Figura 14. Datos comparados de altas por defunción, curación, remisión, traslados según los partes estadísticos del Manicomio de Leganés (1939-1952).....	107

Figura 15. Tasas de mortalidad anual del Manicomio de Leganés comparadas con manicomios en territorio nacional y asilos u hospicios de la beneficencia de las capitales de provincia.....	116
Figura 16. Tasas de Mortalidad en población total en el Manicomio de Leganés (1939-1952) comparada con el Instituto Mental de la Santa Creu (1945-1952) y el Manicomio de Conxo (1939-1952).....	118
Figura 17. Tasas de Mortalidad en hombres, mujeres y población total manicomial de Leganés (1939-1952).	119
Figura 18. Tasas de Mortalidad en hombres, mujeres y población total en el Instituto Mental de la Santa Creu (1945-1952).....	119
Figura 19. Tasas de Mortalidad en la población manicomial de Leganés según clasificación administrativa (1939-1952).	120
Figura 20. Causas de mortalidad agrupadas en sistemas de pacientes fallecidos en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (N=323).....	124
Figura 21. Tasa de mortalidad anual de causa no infecciosa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	125
Figura 22. Relación anual entre las Tasas de mortalidad de causa infecciosa y no infecciosa en el Manicomio de Leganés. (1939-1952).....	127
Figura 23. Tasa de mortalidad anual de causa infecciosa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	128
Figura 24. Tasa de mortalidad anual de causa infecciosa por sexo y población total en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	128
Figura 25. Tasa de mortalidad anual por tipo de patología infecciosa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	129
Figura 26. Mortalidad de causa infecciosa clasificada por sexo en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	129
Figura 27. Tasa de mortalidad anual por patología infecciosa digestiva (enterocolitis) para ambos sexos en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	130

CAPÍTULO III

Figura 1. Grupos diagnósticos según la clasificación kraepeliniana en los pacientes que ingresan en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (%).	138
Figura 2. Grupos diagnósticos más frecuentes según la clasificación kraepeliniana en la población total en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	140
Figura 3. Canción “Tatuaje” escrita por “Lilí”.....	146
Figura 4. Analítica de LCR incluida en las historias clínicas del Manicomio de Leganés. ..	153
Figura 5. Evolución diagnóstica de la Epilepsia (grupo VII) en el Manicomio de Leganés (1939-1952).....	158
Figura 6. Diagnóstico de esquizofrenia por grupos de edad en los pacientes que ingresan en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	162

Figura 7. Porcentaje de esquizofrenia (grupo VIII) y psicosis maniaco depresiva (grupo IX) distribuidas por sexo en los pacientes que ingresan en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	173
Figura 8. Recorte del periódico <i>Diario regional</i> sobre un paciente ingresado en el Manicomio de Leganés.	182
Figura 9. Evolución diagnóstica del Grupo X (Psicopatías) según año de ingreso en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	183
Figura 10. Recorte de prensa sobre el paciente “psicópata hipertímico pseudólogo” ingresado en el Manicomio de Leganés.	186

CAPÍTULO IV

Figura 1. Alternativas terapéuticas utilizadas en pacientes con esquizofrenia en el Manicomio de Leganés (1939-1952).	223
Figura 2. Pacientes que recibieron tratamiento según los diferentes periodos de ingreso (Segunda República, Guerra Civil y Posguerra) en el Manicomio de Leganés.	232
Figura 3. Evolución de los tratamientos en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (N=208).	232
Figura 4. Administración de tratamientos en función de las categorías administrativas en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (N= 173).	233
Figura 5. Número de pacientes tratados en función de los grupos de edad en el Manicomio de Leganés.	233
Figura 6. Tratamientos administrados según clasificación kraepeliniana en los ingresos totales (valores en porcentajes).	234

ABREVIATURAS

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría

BNE: Biblioteca Nacional de España

D.E: Desviación estándar

INE: Instituto Nacional de Estadística

IPSSM: Instituto Psiquiátrico Servicio de Salud Mental

JONS: Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista

PGP: parálisis general progresiva

PMD: psicosis maníaco-depresiva

American J. Psychiatry: American Journal of Psychiatry

Revista de la AEN: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Rev. Esp. Salud Pública: Revista Española de Salud Pública

INTRODUCCIÓN

Con ciertos antecedentes notables¹, en las últimas décadas el interés historiográfico por las relaciones entre psiquiatría y nazismo y, por extensión, entre psiquiatría y regímenes totalitarios ha aumentado de manera considerable. Sin duda, la mayor producción ha sido la referida al papel de los psiquiatras alemanes en el programa de exterminio que llevó a la muerte a miles de enfermos mentales internados en instituciones psiquiátricas, tema apuntado ya en los años noventa², pero retomado con gran fuerza en la primera década de este siglo destacando, entre otros, los trabajos de historiadores alemanes, desde los de Schmiedebach y Priebe, que ofrecen una visión amplia del interés de la psiquiatría alemana por intervenir en proyectos de “ingeniería social” con vocación autoritaria³, hasta otros más recientes que mantienen firme el interés de la historiografía alemana por estas cuestiones⁴.

En los años 2006 y 2007 la revista *International Journal of Mental Health* dedicó tres números monográficos -coordinados por Mary V. Seeman, Kart Kessler y Martin Gittelman- que, bajo el título “The Holocaust and the Mentally Ill”, abordan los efectos que la ideología nacionalsocialista del Tercer Reich y la guerra mundial tuvieron en los enfermos mentales y asilos de Europa⁵. Particular utilidad tienen en esta colección de trabajos los artículos de autores alemanes que asocian eugenesia y eutanasia en una misma estrategia de aniquilación, como los de Noack y Fangereau⁶, y Müller y Beddies⁷, que muestran, sin duda, una de las caras más oscuras de la historia

¹ COCKS, G. (1987), *Psychotherapy in the Third Reich: The Göring Institute*, New York, Oxford University Press; COLONOS, F., MARSAULT, E. (1988), *Comme des jongleurs insensibles. Les psychanalystes allemands et la montée du nazisme*, Paris, Frénésie.

² MEYER-LINDENBERG, J. (1991), The Holocaust and German Psychiatry, *British Journal Psychiatry*, 159, 7-12; SINGER, L. (1998), Ideology and ethic. The perversion of German psychiatrists' ethics by ideology of National Socialism, *European Psychiatry*, 13 (sup.3), 87-92.

³ SCHMIEDEBACH, H.P., PRIEBE, S. (2004), Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century. Ideas y Models, *Medical History*, 48, 449-472.

⁴ ROELCKE, V. (2010), Psychiatrie im Nationalsozialismus: Historische Kenntnisse Implikationen für aktuelle ethische Debatten, *Nervenarzt*, 81, 1317-1325.

⁵ SEEMAN, M.V., KESSLER, K., GITTELMAN, M. (coord.) (2006), The Holocaust and the Mentally Ill, *International Journal of Mental Health*, 35 (3 y 4); SEEMAN, M.V., KESSLER, K., GITTELMAN, M. (coord.) (2007), The Holocaust and the Mentally Ill, *International Journal of Mental Health*, 36 (1). En este conjunto de artículos se analizan, en el marco histórico de la Segunda Guerra Mundial, las políticas de exterminio de pacientes mentales en la Alemania nazi y en los territorios ocupados (el llamado programa T4), el efecto del hambre en el aumento de la mortalidad en los sanatorios psiquiátricos durante esta guerra, y la práctica de la esterilización eugenésica de enfermos mentales en diversos países europeos.

⁶ NOACK, TH., FANGEREAU, H. (2007), Eugenics, euthanasia and aftermath, *International Journal of Mental Health*, 36, 112-124.

⁷ MÜLLER, TH., BEDDIES, T. (2007), The destruction of life unworthy of living in National Socialist Germany, *International Journal of Mental Health*, 35, 94-104. De estos mismos autores, véase MÜLLER, TH., BEDDIES, T. (2007), Eutanasia y eugenesia en la Alemania de Weimar y del Tercer

de la psiquiatría alemana, la de los años del Tercer Reich (1933-1945). En este mismo monográfico del *International Journal of Mental Health*, la aportación de Rafael Huertas sobre la psiquiatría española durante aquellos mismos años, establece diferencias notables entre el modelo y la experiencia española –en la Segunda República, pero también en el primer franquismo- y la descrita para Alemania o para la Europa ocupada⁸.

Otro núcleo de producción importante en relación con estos temas ha sido generado en Francia en torno a la suerte de los pacientes mentales durante el Régimen de Vichy. Los trabajos de Samuel Odiér y de Isabelle Von Buelzingsloewen han sido especialmente relevantes al mostrar el aumento de mortalidad en instituciones psiquiátricas concretas⁹.

En lo que se refiere a España, salvo algunas aportaciones dispersas y más o menos puntuales, que serán comentadas en el siguiente apartado dedicado al “estado de la cuestión”, no puede decirse que hasta el momento haya existido un programa de investigación con el objetivo claro de historiar la psiquiatría franquista. Solo recientemente, se ha iniciado un Proyecto coordinado que, con el título genérico “Medicina mental y sociedad autoritaria: saberes y prácticas psiquiátricas en el franquismo (1939-1960)”¹⁰, pretende cubrir una evidente laguna historiográfica. La tesis doctoral que ahora se presenta se ha realizado en el seno de dicho proyecto.

Reich. En MONTIEL, L., GARCÍA, M. (eds.), *Eutanasia: una perspectiva coral*, Madrid, CSIC/UCM, pp. 70-90.

⁸ HUERTAS, R. (2007), Spanish Psychiatry: The Second Republic, the Civil War and the Aftermat, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), 61-72.

⁹ ODIER, S. (1995), Saint-Egrève, des horreurs de Vichy à la médicalisation d'un asile (1930-1960), *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, 2 (3), 117-126; Este mismo autor publicó en el año 2006 una tesis doctoral: ODIER, S. (2006), *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1955)*, Thèse d'histoire soutenue à l'Université Lyon 3 Jean Moulin, parte de cuya investigación se puede consultar en: ODIER, S. (2007), La surmortalité des asiles d'aliénés français durant la Seconde Guerre Mondiale (1940-1945), *Frenia*, 7, 145-166; VON BUELTZINGSLOEWEN, I. (2009), *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Éditions Flammarion. Otros autores que se han ocupado de este tema son: BAILLY-SALIN, P. (2006), The mentally ill under nazi occupation in France, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), 11-25; MASSON, M., AZORIN, J-M. (2006), The French mentally ill in World War Two. The lesson of history, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), 26-39.

¹⁰ Dicho Proyecto, coordinado por Ricardo Campos, consta de dos subproyectos: el primero lleva por título “Prácticas asistenciales y estrategias de institucionalización de la psiquiatría franquista (1939-1960)” (IP: Ricardo Campos – CCHS-CSIC), y el segundo “Influencias, ideologías y desarrollos de los saberes psiquiátricos durante el franquismo (1939-1960)” (IP: Ángel González de Pablo – Facultad de Medicina-UCM) y está subvencionado por el Plan Nacional de Investigación – Ministerio de Economía y Competitividad.

1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La producción historiográfica sobre la psiquiatría española de posguerra es, como acabamos de indicar, algo dispersa y centrada en aspectos muy determinados. A los trabajos iniciales de psiquiatras como Carlos Castilla del Pino, “Vieja y nueva psiquiatría” o “La psiquiatría española (1939-1975)”¹¹ o los de Enrique González Duro, *La asistencia psiquiátrica en España y Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*¹², que prestaban especial atención a las ideologías, teorías psiquiátricas y luchas de poder durante el franquismo; le siguen otras publicaciones como *La razón y la sin razón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*¹³, en la que su autor, Josep Comelles, ofrece una acertada y pionera visión de conjunto de la organización de la asistencia y de la profesionalización de la psiquiatría en España. En las páginas dedicadas a la psiquiatría franquista apunta ya un nuevo modelo de organización que centró la labor de los psiquiatras en varios ámbitos: la provisión y vinculación a las cátedras universitarias y el trabajo en los manicomios (muchos de ellos privados) que perdieron la importancia que tenían previamente como instituciones de formación de profesionales y la capacidad de ampliar conocimientos¹⁴.

El proceso de institucionalización de la psiquiatría española ha sido abordado por Ángel González de Pablo en “La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española”¹⁵, y por José Cascos Solís en “Psiquiatría

¹¹ CASTILLA DEL PINO, C. (1963), Vieja y nueva psiquiatría, *Archivos de Neurobiología*, 26, 215-226 y 311-324; CASTILLA DEL PINO, C. (1977a), La psiquiatría española (1939-1975). En CASTELLET, J.M. (ed.), *La cultura bajo el franquismo*, Barcelona, Anagrama, pp. 79-102.

¹² GONZÁLEZ DURO, E. (1975), *La asistencia psiquiátrica en España*, Madrid, Miguel Castellote; GONZÁLEZ DURO, E. (1978), *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*, Madrid, Akal; GONZÁLEZ DURO, E. (1996), *Historia de la locura en España, III, Del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de hoy; GONZÁLEZ DURO, E. (1997a), Psiquiatría “nacional”. En APARICIO BASAURI, V. (comp.), *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA edit., pp. 245-264; GONZÁLEZ DURO, E. (1997b), Las instituciones psiquiátricas durante la época franquista. En VV. AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 425-452. De más reciente publicación, GONZÁLEZ DURO, E. (2008), *Los psiquiatras de Franco: Los rojos no estaban locos*, Barcelona, Península.

¹³ COMELLES, J. M. (1988), *La razón y la sin razón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*, Barcelona, PPU.

¹⁴ COMELLES (1988), pp. 153-156.

¹⁵ GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1995), La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extraeditorial, pp. 229-250. Otro artículo anterior del mismo autor: GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1987), Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la posguerra española: La implantación de la psiquiatría de Heidelberg en España, *Revista de la AEN*, 7 (23), 633-647.

y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960)”¹⁶. Para González de Pablo, el modelo de psiquiatría implantado durante la posguerra se formó bajo la influencia política del momento, terminando así con el modelo psiquiátrico de la Segunda República e interrumpiendo el desarrollo de la psiquiatría iniciado años atrás¹⁷. En lo que atañe a los saberes psiquiátricos, en este período de posguerra se mantuvo una psiquiatría de base Kraepeliniana con un modelo médico organicista-biologicista de la enfermedad mental¹⁸.

Diferentes artículos han abordado diversos aspectos de esta especialidad médica en márgenes cronológicos amplios que han englobado la época franquista; entre ellos destacan el estudio de los aspectos legislativos realizado por Víctor Aparicio y Ana Esther Sánchez¹⁹, o la revisión llevada a cabo por Antonio Rey y Enrique Jordá de los artículos sobre terapéutica psiquiátrica publicados entre 1876 hasta 1975²⁰. Centrados exclusivamente en la época franquista y referidos a los saberes psiquiátricos, son de destacar los trabajos de Fernando Dualde y Javier Plumed sobre la introducción y aceptación del concepto de esquizofrenia por los psiquiatras españoles²¹. Asimismo, las condiciones económicas y sociales de la inmediata posguerra dieron lugar, en los llamados “años del hambre”, a una serie de patologías carenciales, algunas de las cuales presentaron manifestaciones neuropsiquiátricas (pelagra, latirismo, síndrome parastésico-causálgico, otras neuropatías carenciales), que han sido objeto de estudios recientes²².

¹⁶ CASCO SOLIS, J. (1995), Autarquía y nacional-catolicismo. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extraeditorial, pp. 197-228; CASCO SOLIS, J. (1999), Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960). En FUENTENEbro, F., BERRIOS, G. E., ROMERO, I., HUERTAS, R. (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio. Luis Martín Santos*, Madrid, Necodisne Ediciones, pp. 85-130.

¹⁷ GONZÁLEZ DE PABLO (1995), pp. 229-250.

¹⁸ Ibid, pp. 233-236.

¹⁹ APARICIO BASAURI, V., SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A. E. (1997), Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986), *Revista de la AEN*, 61, 125-145.

²⁰ JORDÁ MOSCARDO, E., REY GONZÁLEZ, A. (2001), La introducción de la terapéutica psiquiátrica en al España del siglo XX (1901-1975). En ANGOSTO SAURA, T., RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)*, III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría, Orense, AEN – Asociación Galega de Saúde Mental, pp. 125-132.

²¹ DUALDE BELTRÁN, F. (2004a), *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939-1975)*, Tesis doctoral, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina; PLUMED DOMINGO, J., DUALDE BELTRÁN, F. (2001), El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas. En ANGOSTO SAURA, T., RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)*, III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría, Orense, AEN – Asociación Galega de Saude Mental, pp. 141-150.

²² HUERTAS, R. (2006), Hambre, enfermedad y locura: la aportación de Bartolomé Llopis al conocimiento de la psicosis pelagrosa, *Frenia*, 6, 79-107; DEL CURA, I., HUERTAS, R. (2007),

Pedro Marset, en su artículo “Condicionantes socioeconómicos en la psiquiatría española de la posguerra”, ha señalado cómo el nacional catolicismo estableció un marco político e ideológico que marcó de manera definitiva, al igual que en otros órdenes de la vida, el desarrollo de la psiquiatría española. Este autor sostuvo que “la estructura política antidemocrática y autoritaria impuesta a la población, la configuración en el seno de la profesión de unos mecanismos controladores que evitaron toda desviación, y la ausencia de transformación asistencial”²³, influyeron, entre otros factores, en el desarrollo de esta disciplina. Estos aspectos han sido ilustrados por algunos trabajos que han hecho hincapié en la aportación de la psiquiatría franquista a las estrategias de control social y de la población y que van desde el estudio de las relaciones entre higiene mental y eugenesia²⁴, hasta la inclusión de la psiquiatría en el discurso de una “biopolítica” franquista²⁵.

Finalmente, cabe destacar los trabajos sobre figuras concretas y más o menos destacadas de la psiquiatría tras la Guerra Civil, entre los cuales Vallejo Nágera es, quizá, el más profusamente estudiado²⁶, aunque sin olvidar a otros, como Manuel Cabaleiro²⁷ o el propio López Ibor²⁸. Sin embargo, como es bien sabido, con la llegada

Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947, Madrid, CSIC; DEL CURA, I., HUERTAS, R. (2008), The siege of Madrid (1937–1939). Nutritional and clinical studies during the Spanish civil war, *Food & History*, 6 (1), 193-214; HUERTAS, R., DEL CURA, I. (2010), Deficiency Neuropathy in Wartime: The “Paraesthetic-Causalgic Syndrome” described by Manuel Peraita during the Spanish Civil War, *Journal of the History of the Neurosciences*, 19, 173-181.

²³ MARSET CAMPOS, P. (1983), Condicionantes socioeconómicos en la psiquiatría española de la posguerra. En *I Seminario sobre la historia de la psiquiatría española*, Valencia, Cátedra de historia de la medicina, p. 18. Citado en: SIMÓN LORDA, D., FERRER I BALSEBRE, L. (1999), Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo Ourense (1939-1959), *Anales de psiquiatría*, 15 (5), 202-222, p. 205.

²⁴ ÁLVAREZ PELAEZ, R. (2007), Eugenesia y franquismo. Una primera aproximación. En VALLEJO, G., MIRANDA, M. (eds.), *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 143-168; DUALDE BELTRÁN, F. (2004b), La profilaxis de la enfermedad mental en la psiquiatría franquista: esquizofrenia, eugenesia y consejo matrimonial, *Revista de la AEN*, 92, 131-161; CAMPOS, R., HUERTAS, R. (2012), Medicina mental y eugenesia: los fundamentos ideológicos de la psiquiatría franquista, *Historia del Presente*, 20 (2), 11-22.

²⁵ Véase, a este respecto, algunos trabajos de Salvador Cayuela, como su propia tesis doctoral: CAYUELA, S. (2009a), *La biopolítica en la España franquista*, Tesis doctoral inédita, Universidad de Murcia; y otros trabajos: CAYUELA, S. (2009b), El nacimiento de la biopolítica franquista. La invención del homo patines, *Isegoría*, 40, 273-288; CAYUELA, S. (2011), Biopolítica, nazismo, franquismo. Una aproximación comparativa, *Éndoxa*, 28, 257-286.

²⁶ Además del ya citado trabajo de CAMPOS, HUERTAS (2012), merece la pena citar HUERTAS, R. (1998), Una nueva Inquisición para un Nuevo Estado: Psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera. En HUERTAS, R., ORTIZ, C. (eds.), *Ciencia y fascismo*, Aranjuez, Doce Calles, pp. 98-109; HUERTAS, R. (2002a), *Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis (Lafora, Vallejo-Nágera, Garma)*, Madrid, Nivela.

²⁷ SIMÓN, D., GONZÁLEZ, E. (1997), Una visión de la asistencia psiquiátrica gallega en el siglo XX: Manuel Cabaleiro Goás, *Revista de la AEN*, 17 (62), 305-309; SIMÓN LORDA, D. (2010), *Médicos Ourenseños Represaliados en la Guerra Civil y en la Posguerra. Historias de la "Longa Noite de Pedra"*, Santiago de Compostela, Fundación 10 de Marzo y Concello de Ourense.

del Nuevo Estado fueron muchos los psiquiatras que hubieron de marchar al exilio, otros permanecieron en el llamado exilio interior²⁹. Como señala Comelles, “la consolidación de los nuevos líderes de la psiquiatría se hizo a expensas del descrédito de los exiliados”³⁰, por lo que, en este contexto, no podemos dejar de referirnos a las investigaciones que se han ocupado de analizar la obra y la trayectoria de los psiquiatras en el exilio durante esos primeros años de la posguerra³¹.

Tras este breve repaso al estado de la cuestión sobre la psiquiatría franquista en términos generales, nos queda pasar revista a los trabajos que, como el nuestro, se han ocupado de estudiar el funcionamiento de determinados establecimientos psiquiátricos, con el fin de establecer paralelismos y comparaciones con la institución objeto de nuestra investigación.

Son escasos los trabajos que han abordado la vida en los establecimientos psiquiátricos durante la posguerra española de forma específica y en profundidad. Existen algunas aportaciones que, abordando periodos temporales más amplios, dedican una parte del estudio al periodo franquista, bien haciendo referencia a la asistencia psiquiátrica en general o a instituciones concretas en determinadas regiones españolas, como Galicia³², Navarra³³, Valencia³⁴, Valladolid³⁵, Barcelona³⁶ o Madrid

²⁸ GÓMEZ-SANTOS, M. (2007), *López Ibor: el hilo rojo en su pensamiento*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

²⁹ Sobre el concepto de exilio interior, véase GIRAL, (1994), *Ciencia española en el exilio (1939-1984). El exilio de los científicos españoles*, Barcelona, Anthropos.

³⁰ COMELLES (1988), p. 156.

³¹ En este sentido, el tercer apartado del libro *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, bajo el título “La psiquiatría de exilio”, está dedicado a este tema: STAGNARO, J.C. (2007), Psiquiatras españoles exiliados en la Argentina. De una derrota un triunfo. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 289-310; SACRISTAN, C. (2007), En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 327-346; SEIDEL, F. (2007), Los nombres del exilio: Relectura de una obra y una trayectoria. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 357-375.

³² SIMÓN LORDA, D., GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E., RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. (2003), Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Orense-Galicia-España (1875-1975). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 661-694; GONZÁLEZ, E. (1977), *A psiquiatría Galega e Conxo*, Madrid, Ediciones Rueiro, pp. 77-79. Sobre la asistencia psiquiátrica en Galicia durante el primer franquismo: SIMÓN LORDA, FERRER I BALSEBRE (1999), pp. 202-222.

³³ AZTARAIN, J. (2005), *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Pamplona, Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.

³⁴ LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPÉ, H. (2006), *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesus*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479.

³⁵ GARCÍA CANTALAPIEDRA, J. M. (1992), *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*, Valladolid, Diputación de Valladolid.

(Ciempozuelos)³⁷. En cualquier caso, no existe ninguna investigación sobre un establecimiento psiquiátrico del Estado español que aborde monográfica y específicamente los años de la posguerra.

El Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés ha sido probablemente una de las instituciones psiquiátricas nacionales más estudiadas en los últimos años. Ya desde los primeros momentos de su historia aparecieron trabajos sobre el mismo, como el publicado por Viota y Soliva en 1896³⁸ o, posteriormente ya en el siglo XX, los artículos sobre la historia del manicomio, realizados por personas que trabajaron en el mismo, como es el caso de Aurelio Mendiguchía en 1955 y Ángel Fernández-Sanz en 1969³⁹. Sin embargo, el grueso de las publicaciones sobre dicho establecimiento, ya en un encuadre historiográfico más actual, han ido apareciendo a partir de las dos últimas década del siglo XX⁴⁰.

Entre ellas destacan de manera sobresaliente los de Olga Villasante que se han centrado en el análisis de los debates sobre el proyecto del manicomio modelo, así como su funcionamiento en el siglo XIX⁴¹. De especial interés, por tratar todos estos aspectos de manera más completa, es el artículo titulado: “The unfullfilled Projet of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900)”⁴².

³⁶ COMELLES, J. M. (2006), *Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad*, Lleida, Editorial Milenio.

³⁷ LÓPEZ DE LERMA, J., DÍAZ GÓMEZ, M. (1991), *Historia del hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús de Ciempozuelos, (1881-1989). Un siglo de psiquiatría y de historia de España*. Madrid, Fareso; LÓPEZ DE LERMA, J., DÍAZ GÓMEZ, M. (2000), *Hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús, hoy complejo asistencial Benito Menni (1881-2000). “Más de un siglo de psiquiatría”*, Madrid, Fareso.

³⁸ VIOTA Y SOLIVA, E. (1896), *Memoria Histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Est. Tipográfico de A. barrial.

³⁹ MENDIGUCHÍA, A. (1955), Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés, *Archivos de Neurobiología*, 18 (3), 933-944; FERNÁNDEZ-SANZ, A., CONDE, V. (1969) Breve historia del hospital psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés, Madrid, Puedo Artes Gráficas.

⁴⁰ DELGADO, M. (1986), Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871), *Asclepio*, 38, 273-297; BALBO, E. (1994), El hospital psiquiátrico de Leganés, *El médico*, 541, 677-682; ESPINOSA, J., BALBO, E., PESET, J. L. (1994), *Viejas y Nuevas psiquiatrías. El Manicomio de Leganés y la Medicina Contemporanea*, Leganés, Ayuntamiento de Leganés; PESET, J. L. (1995), El manicomio modelo en España. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extraeditorial, pp. 43-51.

⁴¹ VILLASANTE, O. (1999a), El manicomio de Leganés. Debates científicos y administrativos en torno a un proyecto frustrado, *Revista de la AEN*, 19 (71), 469-479; MORO, A., VILLASANTE, O. (2001), La etapa de Luis Simarro en el Manicomio de Leganés, *Frenia*, 1 (1), 97-119; VILLASANTE, O. (2002a), Las tres primeras décadas de la Casa de Santa Isabel de Leganés: un frustrado proyecto del manicomio modelo, *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2 (2), 139-162; VILLASANTE, O. (2005), Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos, *Frenia*, 5, 69-99; VILLASANTE, O. (2008), Orden y norma en el manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico, *Frenia*, 8, 33-68.

⁴² VILLASANTE, O (2003a), The unfullfilled Projet of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900), *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23.

En los últimos años se han puesto en marcha una serie de estudios que pretenden abordar la historia del Manicomio Nacional de Leganés utilizando como fuente principal las historias clínicas y demás documentación existente en el Archivo del citado establecimiento psiquiátrico. La tesis doctoral de Encarnación Mollejo supuso una primera aproximación al funcionamiento del manicomio y a la práctica clínica en el mismo, desde su fundación en 1852 hasta la Guerra Civil⁴³, pero es a partir de 2005 cuando se inicia una estrategia de investigación conjunta, con una metodología común, que requiere la colaboración de varias investigadoras y que está dando ya resultados importantes, como la tesis doctoral de Paloma Vázquez de la Torre, titulada *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*⁴⁴, y un número considerable de publicaciones⁴⁵. Concretamente algunas han abordado de manera preliminar la época del primer franquismo y constituyen una primera aproximación al tema tratado y a las fuentes manejadas en la presente tesis doctoral⁴⁶.

⁴³ MOLLEJO, E. (2001), Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el hospital psiquiátrico de Leganés (1856-1936), Tesis doctoral, Salamanca, Universidad de Salamanca; MOLLEJO APARICIO, E. (2011), *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*, Madrid, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

⁴⁴ VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, P. (2012), *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*, Tesis doctoral, UCM.

⁴⁵ TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007a), La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 329-345; TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007b), El manicomio nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 107-128; TIERNO, R. (2008), Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), *Frenia*, 8, 97-129; VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2008), Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), *Frenia*, 8, 69-96; VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P., TIERNO, R. (2008), La Guerra Civil en el Hospital Psiquiátrico de Leganés: Aproximación de un estudio a la población manicomial. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTEVEZ, J., DEL CURA, M., BLAS, L.V. (coordinadores), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha, pp.197-233.

⁴⁶ CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O., DEL CURA, I. (2007), El manicomio nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales”. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores.), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 555-568; CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007a), La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 269-285; CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007b), Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés, *Revista de la AEN*, 99 (1), 119-141; CONSEGLIERI, A. (2008), La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel, *Frenia*, 8, 131-160.

2. HIPOTESIS

El funcionamiento institucional del Manicomio Nacional de Leganés durante los primeros años del franquismo no fue ajeno a la situación socioeconómica y política de la posguerra; sin embargo, la práctica psiquiátrica llevada a cabo pretendió ajustarse en todo momento a los modelos de psiquiatría biológica imperantes en la Europa del momento.

3. OBJETIVOS

3. 1. General

Estudiar las características de la asistencia psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Leganés desde la finalización de la Guerra Civil hasta el año 1952, prestando especial atención al análisis de las variables socio-demográficas de la población manicomial, a los diagnósticos de los pacientes internados y a los tratamientos aplicados por los facultativos, así como al funcionamiento de la institución.

3.2. Objetivos parciales

1. Analizar el funcionamiento interno del manicomio en ese periodo a través de las normativas y reglamentos vigentes. Comparar los contenidos y consecuencias del Reglamento interno instaurado en 1941, en relación al Reglamento anterior de 1885.

2. Describir la población ingresada examinando las características socio-demográficas, tipos de ingreso, procedencia, etc., así como los movimientos de la población manicomial.

3. Conocer al personal facultativo que estuvo desempeñando su labor clínica en este periodo, analizando la influencia de la psiquiatría germánica en el desempeño de sus actividades.

4. Describir los diagnósticos psiquiátricos que se utilizaron en el Manicomio Nacional de Leganés durante la época estudiada, y su correlación con los cambios conceptuales que estaban teniendo lugar en Europa.

5. Describir los tratamientos empleados, valorando la introducción de las nuevas terapéuticas (tratamientos de choque, leucotomía, etc.) en la institución objeto de nuestro estudio.

6. Comparar los resultados obtenidos con los datos disponibles de otras instituciones psiquiátricas del país, así como con periodos previos de la propia institución de Leganés.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4. 1. Fuentes

4.1.1. Fuentes de Archivo

Los fondos del Archivo Histórico del IPSSM José Germain, tanto de las historias clínicas y partes estadísticos, como de la documentación anexa (correspondencia, informes, certificados, escritos y dibujos de pacientes, etc.) han constituido las fuentes esenciales de nuestra investigación. El estado de conservación de los fondos es bueno, si bien no han sido sometidos a un riguroso proceso de catalogación.

Las historias clínicas se conservan numeradas consecutivamente, según la fecha del ingreso, desde principios del siglo XX⁴⁷. Los partes estadísticos se conservan separados de las historias clínicas, siguiendo también un orden cronológico⁴⁸. La documentación anexa es hallada independiente de las historias clínicas y se encuentra archivada según un criterio de temporalidad⁴⁹.

Se ha trabajado también con fondos de otros archivos que se detallan:

Archivo Municipal del Ayuntamiento de Leganés

Archivo Histórico Nacional

Archivo Regional de la Comunidad de Madrid

⁴⁷ En el Archivo Histórico del IPSSM José Germain se encuentran la mayor parte de las historias clínicas y se citarán, a partir de ahora, con el número correlativo al orden temporal en que fueron ingresados.

⁴⁸ En el Archivo Histórico del IPSSM José Germain se encuentran unas carpetas que contienen los partes estadísticos mensuales y anuales denominadas *Carpetas de estadísticas médicas (estadísticas de enfermos) de 1931-1940 y 1941-1962*. Ambas carpetas se han utilizado para la tesis y, a partir de ahora, se citarán en los sucesivos capítulos como, “carpeta de estadísticas médicas (1931-1940)” y “carpeta de estadísticas médicas (1941-1962)”.

⁴⁹ La carpeta con otra documentación anexa, frecuentemente utilizada, se encuentra catalogada en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain, bajo el título *Jefatura facultativa (oficios-1949-1961)* [si bien la fecha de inicio es “1949”, se trata de un error, ya que en el interior de dicha carpeta se hallan los documentos que se ha empleado para la presente investigación datados a partir de 1939]. Esta carpeta está subdividida en diferentes apartados: “oficios del ministerio de gobernación”, “personal, médicos”, “modelos de informes”, “copias de informes desfavorables en instancias de ingresos”, “cartas”, “director facultativo”, “hospitales”, “ministerio del ejército”, “juzgados”, “estadísticas”, “personal practicantes: asuntos de personal de la casa”, “oficios varios” y “practicantes”. A partir de ahora se citará como *Jefatura facultativa* y el apartado correspondiente, por ejemplo: *Jefatura facultativa* “oficios del ministerio de gobernación”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain, etc.

Archivo Regional de la Administración

Fondo Documental del Instituto Nacional Estadístico

4.1.2. Fuentes impresas

Con el fin de conocer el nivel de producción teórica de la psiquiatría española, así como sus propuestas terapéuticas durante el primer franquismo, se ha vaciado fundamentalmente la revista *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, que en 1947 modificó su nombre *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*. Se trata, sin duda, de la principal revista de la especialidad en la época que nos ocupa, llegándose a convertir en el órgano de expresión de la psiquiatría del Régimen. También se han consultado otras publicaciones periódicas como la *Revista Española de Medicina* y la *Semana Médica Española*. Asimismo, se han examinado las ponencias de los congresos celebrados durante esos años: El Congreso Nacional de Psiquiatría, celebrado en Barcelona en 1942, cuyas ponencias fueron publicadas en la *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, el Congreso Internacional de Psiquiatría de París en 1950, y el segundo Congreso Nacional de Psiquiatría, que tuvo lugar en Valencia ese mismo año. Este trabajo heurístico sobre fuentes impresas estrictamente psiquiátricas se ha completado con la consulta de los textos (monografías, manuales y/o tratados) de los autores como Antonio Vallejo Nágera, Juan José López Ibor o Marco Merenciano, considerados referentes de la medicina mental franquista.

La consulta de los diarios oficiales: *Boletín Oficial del Estado* y *Gaceta de Madrid*, han sido de gran valor para conocer el marco legislativo, y la prensa de esos años, como el *ABC de Madrid*, y otras publicaciones como *El Alcazar*, *Diario de Madrid*, *Diario Pueblo*, *Diario Arriba*, *Diario Ya*, *Imperio*: *Diario de Zamora de Falange Española de las J.O.N.S.*, para el conocimiento del contexto histórico.

De igual modo, la consulta de publicaciones sobre asistencia psiquiátrica, nosografía y terapéutica de la primera mitad del siglo XX ha sido indispensable para este trabajo.

4.2. Bibliografía secundaria

En las últimas décadas, la historiografía psiquiátrica de los primeros años de posguerra ha sido objeto de un mayor interés e investigación. Se ha pretendido la revisión más pormenorizada posible de esta bibliografía. Así mismo se ha revisado bibliografía general sobre la posguerra y otros temas de historiografía de la época.

Las bibliotecas a las que se ha tenido acceso de forma directa o a través del servicio de préstamo interbibliotecario han sido: Biblioteca Nacional, Real Academia de Medicina, Hemeroteca de Madrid, Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares, Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, Ateneo de Madrid, Biblioteca Tomás Navarro del Centro de Humanidades y Ciencias Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

4.3. Metodología

Además de los métodos clásicos de la historiografía tradicional (heurística, crítica y hermenéutica), los objetivos propuestos y las fuentes utilizadas han exigido abordajes metodológicos diversos, desde los propios de la epidemiología histórica y de la historia social de la medicina, a los que se corresponden con la historia institucional o la historia de las ideas.

En la presente investigación se asume el marco teórico y metodológico propuesto por Rafael Huertas en su trabajo “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría. Posibles acercamientos metodológicos”⁵⁰ y más recientemente *Historia cultural de la psiquiatría*⁵¹. Este autor valora este tipo de fuentes no solo por su valor clínico⁵², sino porque “permite intentar otros tipos de análisis que entran de lleno en el campo de la historia social, pues facilitan estudios de demografía y epidemiología histórica, aclaran muchos aspectos del funcionamiento de las instituciones asistenciales y sugieren las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los conocimientos o los paradigmas imperantes”⁵³.

Desde esta perspectiva se han desarrollado en los últimos tiempos una serie de investigaciones que han dado lugar a resultados relevantes para el estudio de

⁵⁰ HUERTAS, R. (2001), Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría, *Frenia*, 1 (2), 7-37.

⁵¹ HUERTAS, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría*, Madrid, Catarata.

⁵² Desde esta perspectiva, eminentemente clínica, merece la pena citar los trabajos de BEVERIDGE, A. (1995a), Madness in Victorian Edinburgh. A study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston (1873-1908), *History of psychiatry*, 6, 21-54; BEVERIDGE, A. (1995b), Madness in Victorian Edinburgh. A study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston (1873-1908), *History of psychiatry*, 6, 133-156. En España, ANGOSTO SAURA, T., GARCÍA ÁLVAREZ, M. X., GONZÁLEZ GARCÍA, A. (1997), Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 61-87.

⁵³ HUERTAS (2001), p. 8.

determinadas instituciones psiquiátricas, como las de Málaga⁵⁴, Córdoba⁵⁵ y, naturalmente, Leganés⁵⁶.

La investigación que se presenta a continuación se sitúa en una línea de trabajo cuyos presupuestos metodológicos pretenden superar la mera historia institucional, para cubrir otros aspectos (científicos, epidemiológicos, asistenciales, sociales y culturales) que caracterizaron la práctica psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Leganés.

Si bien está suficientemente establecido que el fin de la Autarquía y el comienzo del Desarrollismo franquista tiene lugar en 1959, con la aprobación del Plan Nacional de Estabilización, siendo esta periodización la más habitual en la historiografía de la época franquista, nuestra investigación llega solo hasta 1952. Esta acotación no responde tanto a razones históricas generales (fue el año en que se aprobó el llamado Plan Badajoz, primer y fallido intento de desarrollismo económico y social del franquismo continuado más tarde por los Planes de Desarrollo), sino porque el trabajo forma parte de un proyecto más amplio que pretende estudiar los cien primeros años de funcionamiento del Manicomio de Leganés, desde su fundación, en 1852. En todo caso, nos aproximamos, a la propuesta de Javier Tusell, quien en su libro *Dictadura franquista y democracia*, realiza una periodización del franquismo en lustros, englobando el primer periodo desde 1939 hasta 1951⁵⁷.

Con el fin de tratar debidamente la información obtenida de la documentación clínica y así poder basar nuestras conclusiones, se ha recurrido a métodos de investigación cuantitativa, cuyas características se indican a continuación:

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos.

Ámbito: Manicomio Nacional de Leganés.

⁵⁴ GARCÍA DÍAZ, C., JIMÉNEZ LUCENA, I. (2010), Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca. (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950), *Frenia*, 10, 123-144.

⁵⁵ RUIZ GARCÍA, C. (2011), El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el periodo 1900-1940. En MARTÍNEZ AZUMENDI, O., SAGASTI, N., VILLASANTE, O. (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid, AEN, pp. 221-235.

⁵⁶ MOLLEJO, E., DEL CURA, M. HUERTAS, R. (2004), La práctica clínica en el Manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas. En VV.AA., *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Murcia, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 149-162; DEL CURA, M. (2003), Niños en el Manicomio: La locura infantil en la casa de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 611-634; así como los trabajos citados en las notas 44 y 45.

⁵⁷ TUSELL, J. (2005), *Dictadura franquista y democracia*, Barcelona, Crítica. Otros libros del autor: TUSELL, J. (1996) *La dictadura de Franco*, Barcelona, Altaza; TUSELL, J., GENTILE, E., DI FEBBO, G. (eds.), SUEIRO, S. (coord.). (2004), *Fascismo y franquismo cara a cara: una perspectiva histórica*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Sujetos: Todos los pacientes que se encontraban internados en el Manicomio Nacional de Leganés a fecha del 1 de abril de 1939 hasta el 31 de diciembre de 1952.

Tamaño muestral: Se han utilizado dos tipos de tamaños muestrales; por un lado se ha incluido la población manicomial total que se encontraba ingresada durante el período de estudio (N= 807), y por otro lado, todos los pacientes que ingresaron en ese periodo (N=615).

Variables:

Las variables se han agrupado en 4 categorías:

Sociodemográficas: edad (años), sexo, provincia de procedencia, y lugar de procedencia (domicilio, hospitales generales, otras instituciones psiquiátrica, prisión, no consta)

Características del ingreso: tipo de ingreso (indicación médica, orden militar, orden gubernativa o judicial, orden verbal de la Beneficencia, no consta), categoría de ingreso (beneficencia, pensionista, no consta), y duración. Y si se produce el alta tipo de alta (defunción, evasión, no regresa de licencia, fin del periodo de observación, petición familiar, traslados) y situación al alta (curado, remisión, traslado, defunción).

Clínicas: se recoge el diagnóstico al ingreso según descripción literal de la historia clínica, y el diagnóstico según clasificación kraepeliniana. En los casos de fallecimiento del paciente se recoge la causa de la muerte.

Terapéuticas: tipo de tratamiento.

Fuentes de información y recogida de datos: Se han revisado las historias clínicas, las fichas estadísticas y escritos de pacientes.

Estrategia de análisis: Análisis univariado: Para las variables cuantitativas se describe la media con la desviación estándar y las variables cualitativas en porcentajes. Análisis bivariado: Para comparar proporciones se emplearon las pruebas Ji-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher. Para la comparación de medias se empleó la prueba T-student cuando la variable cuantitativa cumplía los criterios de normalidad aplicando la prueba de Kolmogorov- Smirnov, cuando la distribución no era normal se empleó la prueba U de Mann Whitney. Para el análisis de los datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS versión 17.

-Limitaciones del estudio:

Una limitación a destacar del estudio son los posibles sesgos de información por tratarse de un estudio retrospectivo en el que se recoge información de las historias

clínicas. Estas historias clínicas han sido además realizadas por diversos profesionales (Aurelio Mendiguchía, Antonio Martín Vegué, Ángel Fernández-Sanz Méndez y Manuel Peraita Peraita, entre otros). La calidad de los registros no es muy homogénea para todas las variables. Para disminuir estos sesgos se han consultado otras fuentes como la hoja de entrada y las fichas estadísticas que han permitido completar la información. Para otras variables no existía la posibilidad de completarlas y contrastarlas como el caso de los test psicológicos o antecedentes personales del internado, ante la ausencia de suficiente información para muchos pacientes se ha optado por no incluirlas en el análisis.

Para limitar los sesgos derivados de la agrupación de los diagnósticos psiquiátricos, dadas las diferencias terminológicas en las historias clínicas, se han utilizado cuando era posible los datos de las fichas estadísticas donde los diagnósticos ya estaban agrupados según la clasificación kraepeliniana de la época. En los casos en que no ha sido posible, se han agrupado los diagnósticos de las historias clínicas siguiendo esta clasificación.

CAPÍTULO I

PSIQUIATRÍA EN LA POSGUERRA: EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS

1. INSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN LA POSGUERRA

Durante los primeros años de la posguerra, el aparato ideológico del Nuevo Estado trató de legitimar el Régimen franquista a través de sus diferentes estructuras político-administrativas, que incluyeron la organización sanitaria. Los cambios legislativos buscaron alternativas a la caótica situación después de tres años de Guerra Civil durante los cuales disminuyó el nivel sanitario rompiendo así la tendencia de continuo descenso de las tasas de mortalidad, que se habían registrado a lo largo del siglo XX⁵⁸. A partir de 1942 se promulgaron una serie de leyes, entre las que debemos destacar la disposición del 14 de diciembre que creaba el Seguro Obligatorio de Enfermedad ya establecido en otros países europeos⁵⁹. Si bien la Ley de Seguro Obligatorio reconocía la prestación sanitaria en caso de enfermedad a los trabajadores y la asistencia a la maternidad, no aludía específicamente a la atención psiquiátrica.

Fue preciso esperar a la Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional⁶⁰, para que se contemplara la Sección de Psiquiatría en el Consejo Nacional de Sanidad en cuya base decimoquinta se refería a la *Higiene Mental*. En esta se disponían las distintas clases de “frenocomios”, entre los que se enumeraban, en primer lugar, los Dispensarios de Higiene Mental para el tratamiento ambulatorio, en segundo lugar, los departamentos neuropsiquiátricos de los grandes hospitales y clínicas neuropsiquiátricas destinadas a enfermos agudos y, en tercer lugar, los frenocomios u hospitales psiquiátricos, regionales o provinciales, destinados a enfermos crónicos o agudos⁶¹. Por una parte, los Dispensarios abiertos fueron escasos, no dotados hasta 1950 y con escasa conexión con los otros establecimientos psiquiátricos citados⁶². De hecho un año más

⁵⁸ Las cifras de mortalidad se han obtenido a partir de los datos ofrecidos por DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA (1939-1941). *Movimiento Natural de la Población de España*. Años 1939, 1940 y 1941.

⁵⁹ *Boletín Oficial del Estado*, 27 de diciembre de 1942, 361, pp. 10592-10597. La aplicación de la Ley del Seguro Obligatorio aún tardaría en emplearse, ya que sólo unos días después del BOE, Girón Velasco, el subsecretario del Ministerio de Trabajo prohibía su publicación, reservándose su divulgación; véase *Boletín Oficial del Estado*, 5 de enero de 1943, 5, p. 168.

⁶⁰ *Boletín Oficial del Estado*, 26 de noviembre de 1944, 331, pp. 8908-8936.

⁶¹ En esta Ley de Bases de Sanidad Nacional se consideraban, además de las tres clases ya descritas, otros tres tipos de “frenocomios”: “d) las colonias agrícolas o industriales para utilizar como terapéutica la ocupación de los enfermos mentales; e) establecimientos para la hospitalización de débiles mentales, epilépticos, toxicómanos, post-encefalicos y de enfermos mentales asilables y f) lucha contra la toxicomanía, particularmente contra el alcoholismo y la morfomanía”. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de noviembre de 1944, 331, p. 8920.

⁶² GONZÁLEZ DURO, E. (1996), *Historia de la locura en España, III, Del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de hoy, p. 329; GONZÁLEZ DURO, E. (1997b), Las instituciones

tarde, en 1945, la Ley de Bases del Régimen Local mantenía que las Diputaciones Provinciales estaban obligadas a la instalación y sostenimiento de los “hospitales psiquiátricos”⁶³.

Por otra parte, en 1943 se había aprobado la Ley sobre ordenación de la Universidad española que permitió la vinculación de las cátedras a las clínicas universitarias y los hospitales psiquiátricos perdieron la importancia que tenían previamente como instituciones de formación de profesionales⁶⁴. La conocida pugna por el acceso a la plaza de la cátedra de Madrid⁶⁵, después de unas polémicas oposiciones en las que Vallejo Nágera tomó posesión, es un ejemplo del poder que ostentarían las clínicas universitarias en la legitimación de la especialidad durante la autarquía.

El poder ejecutivo del Nuevo Estado acabó con algunas de las reformas republicanas sobre el proceso de reorganización de la atención a los alienados como el Consejo Superior Psiquiátrico⁶⁶, pero no paralizó el Decreto de Asistencia a Enfermos Mentales de 3 de julio de 1931⁶⁷, que conservó su vigencia durante el franquismo, como veremos en el próximo apartado.

Además del contexto legislativo referido, habría que considerar algunos acontecimientos científicos significativos, desde el punto de vista del proceso de institucionalización, como la reorganización de Sociedades, la celebración de congresos y las publicaciones médicas y, específicamente, psiquiátricas. Entre estas destacamos la aparición de la revista *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría* fundada y dirigida por López Ibor en 1940⁶⁸, que incluía temas puramente neurológicos y psiquiátricos, especialmente sobre psicopatología y psicofarmacología. En 1946 se comenzó a

psiquiátricas durante la época franquista. En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 425-452, 430.

⁶³ *Boletín Oficial del Estado*, 18 de julio de 1945, 199, pp. 360-384, 374.

⁶⁴ *Boletín Oficial del Estado*, 31 de julio de 1943, 212, pp. 7406-7431; COMELLES, J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, PPU, pp. 153-156.

⁶⁵ ANGOSTO SAURA, T. (1985), D. José Pérez-López Villamil o la pasión por el recuerdo, *Revista de la AEN*, 5 (15), 484-492, p. 488; ESPINO GRANADO, J. A. (1997), La formación del psiquiatra en España: Apuntes a modo de introducción. En APARICIO BASAURI, V. (comp.), *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA edit., pp. 107-143, 116.

⁶⁶ En los años treinta se sucedieron diversos decretos relacionados con la organización de la asistencia psiquiátrica entre los que enumeramos: el Decreto de 10 de Noviembre de 1931 que estableció el Consejo Superior Psiquiátrico (*Gaceta de Madrid*, 12 de noviembre de 1931, 316, p. 932); la Orden de 16 de abril de 1932 que creaba el primer Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica encargado de los procesos iniciales y de los casos leves, en régimen abierto (*Gaceta de Madrid*, 17 de abril de 1932, 108, p. 408); la Orden de 10 de Octubre de 1933 que estableció el sistema general de oposiciones de médicos de establecimientos psiquiátricos (*Gaceta de Madrid*, 14 de octubre de 1933, 287, pp. 394-395).

⁶⁷ *Gaceta de Madrid*, 7 de Julio de 1931, 188, pp. 186-189.

⁶⁸ Esta revista, en 1947, pasó a llamarse *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*.

publicar la *Revista de Psicología General y Aplicada*, promovida por José Germain⁶⁹, psicólogo que había sido secretario de la Liga de Higiene Mental entre 1930 y 1935⁷⁰. Un año después de promover la revista, en 1947, se actualizó la Junta Directiva de la Liga de Higiene Mental, presidida por Antonio Piga Pascual (1879-1952), que contó con escasa actividad comparada con la desplegada durante los años veinte y treinta. De hecho, aunque representantes españoles habían participado en los dos congresos internacionales que la Liga de Higiene Mental francesa había organizado en 1922 y 1935, ningún médico o higienista colaboró en el *Congreso Internacional de Higiene Mental*, celebrado en Londres en el año 1948⁷¹. El acontecimiento científico internacional más notable, que contó con la presencia de numerosos países, fue el *Congreso Internacional de Psiquiatría* de París en 1950 (del 18 al 27 de septiembre), sobre el cual nos detendremos más adelante⁷². Fue el primero celebrado tras la Segunda Guerra Mundial y España fue representada por un Comité Nacional presidido por Vallejo Nágera y cuyo vicepresidente fue López Ibor. Entre los participantes también estuvieron Gonzalo Rodríguez Lafora, Francisco Marco Merenciano, Ramón Sarró y José Germain entre otros.

Además de esta participación internacional, en España se organizaron congresos nacionales como el celebrado en Barcelona del 12 al 14 de enero de 1942, auspiciado por la *Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría*, constituida dos años antes. El congreso fue presidido por López Ibor, con Vallejo Nágera y Sarró Burbano como vicepresidentes y las ponencias fueron publicadas en la revista *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*⁷³. Siete años después, en 1949, se reorganizó la *Asociación*

⁶⁹ Sobre Germain se puede consultar: OLABARRÍA GONZÁLEZ, B. (1997), José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la psicología en España. En APARICIO BASAURI, V. (comp.), *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA edit., pp. 193-214, 201.

⁷⁰ La Junta Directiva de la Liga de Higiene Mental fue creada en 1926, y hasta 1936 desarrolló una intensa actividad celebrando reuniones nacionales y publicando el *Boletín de Higiene Mental*. LAZARO, J. (2000), Historia de la asociación española de neuropsiquiatría (1924-1999), *Revista de la AEN*, 75, 399-515, pp. 420-424.

⁷¹ La preocupación por la profilaxis de la locura fue una cuestión de interés internacional, muestra de ello fueron los dos congresos internacionales que la Liga de Higiene Mental francesa organizó, además de múltiples reuniones y conferencias. Sobre la Liga de Higiene Mental en el país vecino se puede leer: CAMPOS, R. (2001), De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad, *Frenia*, 1 (1), 37-64, p.55.

⁷² Para estudiar en más profundidad el Congreso Internacional de París, se pueden leer: JORDÁ MOSCARDO, E., REY GONZÁLEZ, A., ANGOSTO SAURA, T. (2007), La psiquiatría franquista y del exilio en el I Congreso Mundial de Psiquiatría. París, 1950. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 377-394.

⁷³ La primera ponencia de este Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría fue *Neurología de guerra (con especial consideración de la experiencia de la guerra española)*, por Vara López y Alberca. A continuación Rojas Ballesteros y López Ibor discutieron sobre *Psiquiatría de guerra (con especial consideración de la experiencia de la guerra española)*. La tercera ponencia estuvo a cargo de Sarró y

Española de Neuropsiquiatría a través en una asamblea, celebrada en Madrid los días 25 y 26 de abril, bajo la presidencia de Vallejo Nágera. La segunda reunión de la AEN se celebró en 1950 en Valencia del 31 de mayo al 4 de junio⁷⁴, y el tercer congreso en Santiago de Compostela del 2 al 6 de julio de 1952⁷⁵.

2. APLICACIÓN DEL DECRETO DE JULIO DE 1931 EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS DURANTE LA POSGUERRA (1939-1952)

El régimen franquista vino a interrumpir el ya citado proceso de reforma psiquiátrica⁷⁶, que había tratado de subsanar la deficiente atención prestada a los enfermos mentales en el siglo XIX, que se limitaba a su reclusión en los deteriorados manicomios existentes en España⁷⁷. Sin embargo, el *Decreto sobre la Asistencia a los Enfermos Mentales* vigente desde julio de 1931 se mantuvo en vigor durante todo el régimen franquista. De hecho, esta legislación fue aplicada hasta que en 1983 se modificó el artículo 211 del Código Civil para poder solventar los problemas que generaba esta ley sobre los derechos individuales de los enfermos mentales⁷⁸.

Si bien en este apartado no se va a abordar el análisis detallado del Decreto que atañe a otro período histórico sobre el cual abunda la bibliografía⁷⁹, nos interesa,

Vela bajo el título de *Los nuevos tratamientos en psiquiatría*, y cerrando el ciclo del congreso intervinieron Peraita, Márquez y Llopis con su ponencia *Avitaminosis y sistema nervioso*. LAZARO, (2000), p. 448.

⁷⁴ En este segundo congreso se incluyó una ponencia sobre Higiene Mental. Se pronunciaron dos discursos inaugurales, uno de ellos a cargo de Vallejo Nágera quien tras revisar las principales corrientes psiquiátricas de la época, destacó la creación de las primeras cátedras de psiquiatría y la fundación de los Dispensarios de Higiene Mental. Ibíd, pp. 450-456. Las comunicaciones de este segundo congreso fueron publicadas en, *II Congreso de neuropsiquiatría. Comunicaciones*, Valencia, Mayo-Junio 1950, Madrid, Imp. Cosano.

⁷⁵ Por una parte, Rodríguez Lafora pronunció una conferencia, *En memoria de Ramón y Cajal*, en la que reflexionó sobre la figura del Premio Nobel con ocasión de su centenario y, por otro lado, Rodríguez Arias disertó sobre *Veinticinco años de existencia de la Asociación de Neuropsiquiatría*. LAZARO, (2000), pp. 458-459.

⁷⁶ ESPINO, J. A. (1987), La reforma psiquiátrica en la II República española. En HUERTAS, R., ROMERO, A. I., ÁLVAREZ, R. (coordinadores), *Perspectivas Psiquiátricas*, Madrid, CSIC, pp. 221-230; HUERTAS, R. (2002b), *Organizar y persuadir. Estrategias personales y retóricas de legitimación de la Medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia.

⁷⁷ Sobre la historia de la psiquiatría decimonónica en nuestro país es de referencia el trabajo realizado por Julián Espinosa. Véase ESPINOSA, J. (1966), *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina. También se puede consultar: ÁLVAREZ-URÍA, F. (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets; y COMELLES (1988).

⁷⁸ APARCIO BASAURI, V., SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A. E. (1997), Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986), *Revista de la AEN*, 61, 125-145.

⁷⁹ El Decreto que originalmente se publicó en *Gaceta de Madrid*, 7 de Julio de 1931, 188, pp. 186-189, se ha reproducido en una monografía de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Decreto

concretamente, si el Manicomio de Leganés se ajustó a las exigencias planteadas por dicha legislación. El decreto reguló tres modalidades de ingresos psiquiátricos: ingreso por propia voluntad, por indicación médica o involuntaria y por indicación gubernativa o judicial. Se ha señalado el ingreso voluntario como una de las aportaciones más significativas del decreto republicano en el que, además del certificado emitido por un médico colegiado, se adjuntaba una declaración firmada por el propio enfermo indicando su deseo de ser tratado en el centro. Sin embargo, durante la posguerra no hemos encontrado ningún caso en el que el paciente solicitara su ingreso y, de hecho, hay que remontarse años atrás para encontrar el único caso de internamiento voluntario en el Manicomio de Leganés⁸⁰.

La emisión de un certificado médico también era exigida en los ingresos forzosos (indicación médica e indicación gubernativa) informando de la reclusión del paciente en la institución así como de la última residencia del paciente⁸¹. En nuestra muestra de historias clínicas⁸², la mayoría de los internamientos cumplían la exigencia del certificado médico, de modo que dicho documento está en el 93% de ellas, a diferencia de otros periodos de la institución cuya presencia se reduce a tan sólo el 30%⁸³.

para la asistencia a los enfermos mentales (1931), (2000), *Revista de la AEN*, 75, 181-188. Constaba de una introducción y de tres grandes apartados, con un total de 35 artículos en el que se señalaban, además, medidas de protección a los enfermos. El primer apartado titulado *Disposiciones Generales* trataba sobre la universalidad de la asistencia psiquiátrica, definiendo los conceptos de establecimiento público y privado, carácter abierto o cerrado.

⁸⁰ Historia clínica 1090. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Se trató de un paciente que ingresó de manera voluntaria el 2 de diciembre de 1935 con diagnóstico de epilepsia, a pesar de que en su historia clínica no se encontró la firma del enfermo, exigida por el Decreto de 1931 en este tipo de ingresos. Véase: TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007a), La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el Manicomio Nacional de Leganés. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 329-345, 336-338 y TIERNO, R. (2008), Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), *Frenia*, 8, 97-129, p. 106.

⁸¹ El ingreso por indicación médica o involuntaria exigía el certificado médico por un facultativo colegiado. En el caso de ingresos por urgencia se exigía la comunicación y el envío al gobernador de la provincia en las primeras 24 horas de un certificado por un médico del establecimiento o por uno ajeno al mismo; en el caso de que el certificado fuera por un médico del establecimiento en los siguientes tres días debía ampliarse con un certificado de un psiquiatra ajeno al establecimiento o de un médico general. El ingreso por orden gubernativa para observación debía ser a juicio de un facultativo y no podía prolongarse más de un día sin ser justificado mediante informe médico del director del establecimiento o, en caso de duda, por el médico forense. El ingreso por orden judicial se disponía por la autoridad judicial correspondiente. *Gaceta de Madrid*, 7 de Julio de 1931, 188, pp. 186-189.

⁸² Tanto las historias clínicas como otros documentos que se han utilizado como fuentes de archivo del presente trabajo, serán descritos en el capítulo II en el apartado correspondiente a las historias clínicas del Manicomio en la posguerra.

⁸³ VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2008), Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), *Frenia*, 8, 69-96, p. 81.

Según el Decreto de 1931, además había que realizar una notificación de ingreso que debía ser remitida en un plazo de veinticuatro horas por duplicado al Gobernador de la Provincia y al Juez de 1ª Instancia, devolviéndose una de las copias sellada al establecimiento manicomial. En el caso del Manicomio de Leganés no estaban obligados a dar la notificación al Gobernador y sí al Juez y al Director General de Beneficencia y Obras Sociales. Las notificaciones de ingreso tan sólo se enviaron en nuestro periodo en el 49% de los casos; dato que contrasta con el documento señalado en el próximo apartado, donde Manuel Peraita⁸⁴ afirmaba el cumplimiento riguroso de las normas establecidas para el manicomio⁸⁵.

Trascurridos los seis primeros meses de hospitalización, el médico director del establecimiento psiquiátrico tenía, además, la obligación de remitir partes semestrales al Juzgado informando sobre la situación clínica del enfermo que justificara la necesidad de continuar su internamiento. Nuevamente se emitía el documento por duplicado, devolviéndose al día siguiente desde el Juzgado un ejemplar sellado al establecimiento. Estas comunicaciones semestrales entre jueces e institución médica se han hallado en un 80% de los casos.

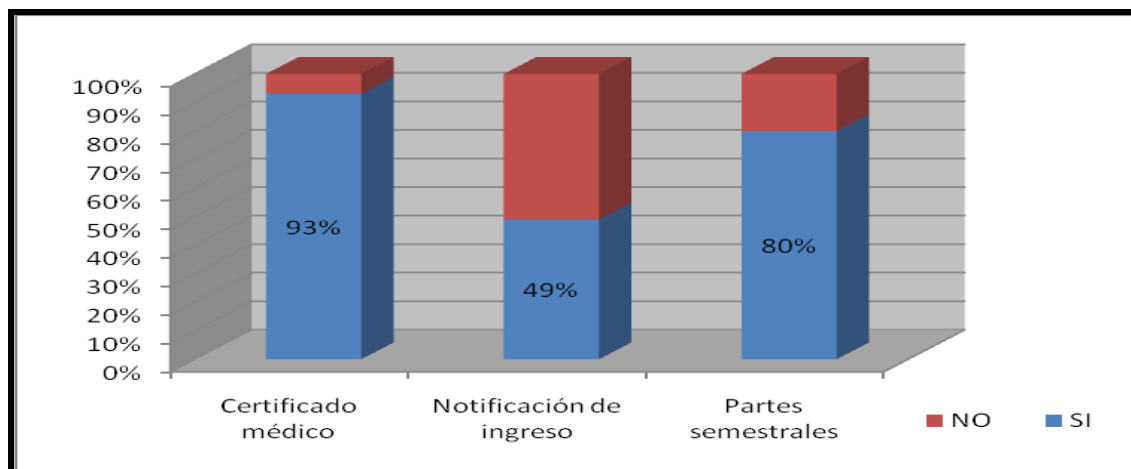


Figura 1. Cumplimentación de documentos al ingreso de los pacientes del Manicomio de Leganés (1939-1952).

Entre las modalidades de ingreso halladas en las historias clínicas del periodo 1939-1952, hay que destacar mayoritariamente la indicación médica, que representó hasta el 95% (581 casos), mientras que los internamientos por indicación gubernativa o

⁸⁴ Sobre Manuel Peraita Peraita, jefe facultativo del Manicomio Nacional de Leganés desde 1943 hasta 1950, hablaremos en detalle más adelante.

⁸⁵ *Jefatura facultativa* “oficios del ministerio de gobernación”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

judicial solamente representaron el 1% del total (6 casos). No obstante hemos encontrado otras modalidades en la hospitalización; dos admisiones por “orden militar” y tres por “orden verbal de beneficencia”, que quedaban fuera del marco establecido legalmente. No era la primera vez que se producían ingresos de este tipo, ya que durante la Guerra Civil existieron numerosos casos de derivaciones militares e internamientos por “orden verbal de beneficencia”⁸⁶.

En los tres casos internados por “orden verbal de beneficencia” en el Manicomio de Leganés durante la posguerra⁸⁷, se trataba de pacientes que procedían de otra institución benéfica madrileña y que eran trasladados por la Dirección General de Beneficencia.

En lo que respecta a los ingresados por “orden militar” se hallaron dos casos documentados: el de una mujer soltera diagnosticada de psicosis maniaco-depresiva que ingresó, en junio de 1940, derivada de Ciempozuelos y que, en 1961, fue trasladada al Manicomio de Zaragoza⁸⁸. La segunda, sin registro de procedencia, ingresó en febrero de 1942 diagnosticada de psicopatía constitucional y fue dada de alta al no regresar del permiso de licencia en noviembre de 1951⁸⁹. En cualquier caso, estas modalidades de ingreso no contempladas en el Decreto, se produjeron en los primeros años después de la Guerra Civil, regularizándose y ajustándose a la ley en los años siguientes.

Por otra parte el Decreto había establecido que la Dirección General de Sanidad tenía la obligación de inspeccionar las instituciones, al menos con una visita anual, para garantizar el cumplimiento de la legislación. El inspector debía recoger las proposiciones y quejas del personal y enfermos para aconsejar las reformas convenientes; visitas que no han podido comprobarse documentalmente durante el período de estudio de nuestro trabajo.

⁸⁶ Ibid. p. 105. Una información más amplia se puede consultar en VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, P. (2012), *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*, Tesis doctoral, UCM, p. 105.

⁸⁷ Historia clínica 1236. Ingreso el 27 de agosto de 1940; historia clínica 1238 del 14 de septiembre de 1940 e historia clínica 1541 del 10 de febrero de 1947. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸⁸ Sobre esta institución se puede consultar: FERNÁNDEZ DOCTOR, A. (1993a), Psychiatric care in Zaragoza in the eighteenth century, *History of Psychiatry*, 4, 373-393.

⁸⁹ Historias clínicas 1220 y 1309. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

3. FUNCIONAMIENTO Y RÉGIMEN INTERNO DEL MANICOMIO DE LEGANÉS: REGLAMENTO INTERNO DE 1941 (anexo 1)

Desde la inauguración del Manicomio de Leganés, o Casa de Dementes de Santa Isabel, fundada en 1852 al amparo de la Ley de Beneficencia de 1849⁹⁰, se trató de organizar su funcionamiento a través de normas cuyo primer esbozo fueron las primeras Reglas Higiénicas editadas en el año 1855⁹¹. En las siguientes décadas, se propuso algún proyecto de Reglamento si bien no fue consolidado oficialmente hasta el *Reglamento Orgánico del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1873*⁹². Esta disposición se mantuvo hasta 1885, año en que se editaron dos Reales Decretos que regularon el internamiento de los alienados: el *Reglamento para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885*⁹³ y Real Decreto de 19 de mayo de 1885 que estableció las reglas para el ingreso en los manicomios del Estado, provinciales y particulares⁹⁴. Este Real Decreto de 1885 fue derogado por el ya citado

⁹⁰ PESET, J. L. (1995), El Manicomio Modelo en España. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España*, Madrid, Extraeditorial, pp. 43-51. Para un estudio detallado acerca de los inicios y la vida en el interior del Manicomio de Leganés durante todo el siglo XIX y sobre el fracaso del proyecto del Manicomio Modelo: VILLASANTE, O. (1999a), El manicomio de Leganés: debates científicos y administrativos en torno a un proyecto frustrado, *Revista de la AEN*, 19, 469-479; VILLASANTE, O. (2002a), Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado Manicomio-Modelo, *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2 (2), 139-162; VILLASANTE, O. (2003a), The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900), *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23.

⁹¹ BALBO, E. (1994), El hospital psiquiátrico de Leganés, *El médico*, 541, 677-682; BALBO, E. (1998), Medicina y sociedad en la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: una historia clínica de 1858-1869. En BALLESTER, R. (ed.) *La Medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (siglos XVIII a XX)*, Alicante, Instituto de Cultura “Juan Gil-Albert”, pp. 265-275; PESET (1995), pp. 43-51.

⁹² *Reglamento Orgánico e Interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés (1873)*. En Instrucción general y reglamentos interiores de los asilos y colegios pertenecientes a la beneficencia general, Madrid, Imprenta Nacional. Este primer Reglamento es analizado en: MOLLEJO APARICIO, E. (2003), Funcionamiento y régimen interno del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 635-646. Sobre los proyectos previos se puede consultar VILLASANTE, O. (2008), Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico, *Frenia*, 8, 33-68, pp. 36-38.

⁹³ *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885*. En *Gaceta de Madrid*, 15 de mayo de 1885, 135, pp. 447-450. A partir de ahora lo citaremos como *Reglamento de 1885*.

⁹⁴ *Gaceta de Madrid*, 21 de mayo de 1885, 141, p. 511. Esta fue la primera vez que se reguló la hospitalización de los dementes, que hasta entonces se regía según las normas de cada establecimiento. Se determinó que cualquier reclusión que superase el periodo estipulado para los ingresos de observación (más de seis meses), o que tuviese el carácter de definitivo, necesitaba de un expediente judicial para realizarse. La necesidad de este expediente jurídico fue una cuestión muy criticada por los especialistas ya que dificultaba el tratamiento manicomial de los enfermos mentales. Sobre estas cuestiones se puede consultar, BERCOVITZ, R. (1976), *La marginación de los locos y el derecho*, Madrid, Taurus; y AGUILAR DOMENECH, R. (1991), *La introducción a la historia de la legislación psiquiátrica española del siglo XIX*, Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona.

Decreto de julio de 1931⁹⁵, si bien se necesitó aún una década más para articular nuevas disposiciones para el Manicomio Nacional consolidadas en el *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno de 1941*⁹⁶. Este Reglamento aprobado por Valentín Galarza, Director General de Beneficencia y Obras Sociales del Ministerio de Gobernación, respondía a las Disposiciones generales establecidas en el Decreto de 1931:

«Artículo 6. Todo Establecimiento psiquiátrico, público o privado, tendrá un Reglamento propio informado por la Dirección General de Sanidad aprobado por el Ministerio de la Gobernación, que podrá ser revisado cada cinco años a propuesta del director médico del Establecimiento, según dispone el artículo 44 del Reglamento de Sanidad Provincial. En este reglamento constará todo lo referente a régimen interior de los distintos servicios y a la organización científica y administrativa del personal y sus atribuciones»⁹⁷.

Precisamente este Reglamento marcó uno de los datos diferenciales del establecimiento de Leganés, cuyo jefe facultativo no estaba en la obligación de enviar notificación de ingreso al Gobernador de la Provincia. De hecho el jefe facultativo del manicomio Manuel Peraita, en 1948, después de recibir la recriminación del Gobernador Civil interino de Madrid, se dirigió al Director General de Beneficencia y Obras Sociales en 1948 para argumentar el cumplimiento riguroso de las normas en Leganés. Peraita le recordaba que la normativa para la admisión involuntaria de los alienados era la dispuesta en el Reglamento Interno del establecimiento⁹⁸. Este Reglamento sólo mencionaba la obligación de informar del ingreso al Juez de primera instancia y al Director General de la Beneficencia y Obras Sociales.

«Del Jefe Facultativo al Director General de la Beneficencia y Obras Sociales. Ministerio de la Gobernación.

Por el presente tengo el honor de comunicar a usted que el día 7 del presente he recibido un telegrama firmado por el ilustrísimo señor

⁹⁵ Sobre este reglamento y sus deficiencias, consúltese GALCERÁN, A. (1885), Consideraciones críticas sobre el Real Decreto sobre la Reglamentación de los Manicomios, *Revista Frenopática Barcelonesa*, 5, 125-132 y SACRISTÁN, J.M., RODRÍGUEZ LAFORA, G., ESCALAS, J. (1930), Reforma del reglamento de 1885, *Higiene Mental*, 3, 6-12.

⁹⁶ *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1941*. En *Boletín Oficial del Estado*, Orden del 3 de noviembre de 1941, 311, pp. 8697-8701. A partir de ahora lo citaremos como *Reglamento de 1941*.

⁹⁷ *Gaceta de Madrid*, 7 de Julio de 1931, 188, pp. 186-189.

⁹⁸ *Reglamento de 1941* que más adelante analizamos, y en el cual se detallaba como debían realizarse los internamientos en la institución de Leganés.

Gobernador Civil Interino de la Provincia cuyo contenido se transcribe íntegramente a continuación:

Del Gobernador Civil al señor Director del Manicomio: la Jefatura Provincial de Sanidad comunica a este gobierno que por ese establecimiento psiquiátrico no se da cumplimiento a lo determinado por el artículo 10 del Decreto de 27 de mayo de 1932 por lo que espero que en lo sucesivo se tenga en cuenta la obligatoriedad de los referidos preceptos, en evitación de las responsabilidades que pudieran derivarse del mencionado incumplimiento. El Gobernador Civil Interino.

[Ilegible. Rubricado. Hay un sello en tinta morada que dice: Gobierno Civil de la provincia de Madrid, Secretaria General].

Sin duda se refiere el anterior telegrama a la obligación que según el Decreto del 3 de julio de 1931 corresponde a los médicos directores del establecimiento psiquiátrico de comunicar al señor Gobernador de la provincia la admisión de un enfermo mental en uno de dichos establecimientos antes de transcurridas las primeras 24 horas del ingreso de aquellos en los establecimientos psiquiátricos. El referido decreto prescribe además que el señor director del centro psiquiátrico remitirá al señor Gobernador además un entero resumen de todos los documentos en virtud de los cuales se ha producido el ingreso del enfermo (certificado médico, legalizado, declaración del pariente más próximo al enfermo, etc.).

Estas son en efecto las normas vigentes que regulan el ingreso y admisión en los establecimientos dependientes de la Diputación provincial, así como en las sanitarias psiquiátricas privadas. Pero al parecer la jefatura provincial de sanidad ignora que la admisión de los alienados en los establecimientos dependientes de la Beneficencia General del Estado se verifica con arreglo a normas distintas que las contenidas en el decreto anteriormente citado del 3 de julio de 1931.

Como usted muy bien sabe la admisión de alienados en los Manicomios Nacional de Santa Isabel de Leganés y Nuestra Señora del Pilar en Zaragoza, se efectúa conforme a lo dispuesto en el capítulo IV del Reglamento orgánico para el régimen y gobierno interior del manicomio o de Santa Isabel de Leganés, reglamento publicado en el boletín oficial del estado en el número correspondiente al día 7 de noviembre de 1941 (páginas 8697 a 8701). El artículo 39 de dicho capítulo IV dice literalmente: el ingreso de los dementes lo ordenará el Director General de Beneficencia y Obras Sociales.

Los artículos siguientes, del 40 al 50 contarán las disposiciones relativas al ingreso de los enfermos en el manicomio. En ninguno de dichos artículos consta que esta jefatura facultativa o la administración del manicomio hayan que dirigirse al ilustrísimo señor Gobernador de provincia para nada referente al ingreso de los alienados en el establecimiento y sí por el contrario se especifica que se da cuenta al señor Juez de primera instancia del distrito del manicomio de que dicho ingreso ha tenido lugar.

Me consta que este requisito se cumple por la administración del manicomio, con la mayor escrupulosidad como igualmente se hace con el de dar cuenta a usted del ingreso del enfermo en el establecimiento.

Se cumplen por tanto todos los requisitos que señala el capítulo IV del reglamento orgánico para el régimen y gobierno interior del manicomio de Santa Isabel de Leganés, requisitos que difieren en efecto de las normas vigentes para el resto de los establecimientos psiquiátricos no dependientes de

esa Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. Dios guarde a usted muchos años. En Leganés, a 10 de abril de 1948»⁹⁹.

En esta carta de Peraita se alude al Decreto de 27 de mayo de 1932 en el cual se redactaban de nuevo algunos artículos referentes a la admisión de pacientes de manera voluntaria y por indicación médica, para según se puede leer “evitar ciertas confusiones generadas en el anterior Decreto de julio de 1931”¹⁰⁰.

El Reglamento, además de establecer las normas a seguir en la admisión en el manicomio, enumeraba las razones para certificar un internamiento siendo éstas idénticas a las formuladas en el artículo 10 del Decreto de 1931: “enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento, peligrosidad de origen psíquico, incompatibilidad con la vida social y toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida o los bienes de los demás”¹⁰¹. La custodia de los pacientes “considerados peligrosos”, ha sido una cuestión que ha despertado gran polémica, ya que bajo el pretexto teórico del cuidado del paciente, las instituciones psiquiátricas han sido utilizadas como herramienta de aislamiento social¹⁰². A juicio de Erving Goffman, los responsables de dichas instituciones trataron de organizar la vida diaria de los internos a través de diversos reglamentos internos¹⁰³ a modo de “institución total”¹⁰⁴.

El Reglamento de 1941, vigente durante los años de nuestro estudio, si bien mantuvo en líneas generales el contenido del anterior, se introdujeron modificaciones y sufrió una simplificación en su estructura general que redujo tanto el número de capítulos (de 16 a 10) como de artículos (de 106 a 74). Esta reducción del contenido, básicamente, fue a expensas de apartados referentes a la vestimenta y alimentación de los internos, cuestiones que en los Reglamentos de 1873 y 1885 se establecían según la categoría administrativa a la cual pertenecían los pacientes. En la posguerra, las únicas diferencias en los tipos de alimentación descritas en las historias clínicas estaban basadas en indicaciones de carácter terapéutico.

⁹⁹ *Jefatura facultativa* “oficios del ministerio de gobernación”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁰⁰ *Gaceta de Madrid*, 1 de junio de 1932, 153, pp. 1603-1604.

¹⁰¹ *Reglamento de 1941*, Artículo 41, p. 8699.

¹⁰² La teoría del gran encierro fue expuesta por Michael Foucault. FOUCAULT, M. (1967), *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, Fondo de cultura económica.

¹⁰³ Este tipo de organización servía para tener mayor control y vigilancia, manteniendo así el orden de los internos en las instituciones psiquiátricas, como ha señalado Castel. En: CASTEL, R. (1980) [1976], *El orden psiquiátrico*, Madrid, La Piqueta, p. 130.

¹⁰⁴ GOFFMAN, E. (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 7ª reimpresión, pp. 19-24.

Otras cuestiones como las que atañen a la dirección y gobierno del establecimiento, funciones y sueldos de los empleados, número máximo de pacientes en función de las clases (pensionistas o de beneficencia), salidas, visitas, etc., se irán analizando en los siguientes apartados.

3.1. La población manicomial de posguerra: más pensionistas para un manicomio de beneficencia

A pesar de que el Manicomio de Leganés fue declarado Establecimiento General de Beneficencia y consecuentemente ingresaba a enfermos pobres, admitía también, desde su fundación en 1852, a pacientes pensionistas. La coexistencia de pensionistas y pobres en las instituciones públicas de beneficencia no fue exclusiva de este establecimiento madrileño y se ha documentado en otros como Toledo, Valladolid¹⁰⁵, o en países tan distantes como Reino Unido o Japón¹⁰⁶.

La Junta Provincial de Beneficencia de Madrid se propuso dar cabida a 50 o 60 pacientes en el momento de la inauguración de la Casa de Dementes de Santa Isabel, pero pronto este número se fue incrementando y, a lo largo del siglo XIX, la media de albergados fue de 175¹⁰⁷. La familia solicitaba la inclusión del paciente en alguna de las categorías en función de la cantidad pagada; en el Reglamento de 1885 las 200 plazas se distribuyeron del siguiente modo: 130 asignadas a pobres, 40 a mediopensionistas y 30 a pensionistas¹⁰⁸. El número de internos se fue incrementando a partir de 1926¹⁰⁹, momento en que fue publicada una orden en la *Gaceta de Madrid* que anunciaba una subasta pública para la ampliación del departamento de “enfermos distinguidos” del

¹⁰⁵ VILLASANTE (2008), p. 54. Sobre la institución vallisoletana, GARCÍA CANTALAPIEDRA, M. J. (1992), *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1849 1975)*, Valladolid, Diputación de Valladolid, p. 201.

¹⁰⁶ BEVERIDGE, A. (1995a), Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873- 1908, *History of Psychiatry*, 6, 21-54, p. 24. SUZUKI, A. (2003), A Brain Hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-1945, *History of Psychiatry*, 14, 337-360.

¹⁰⁷ VIOTA Y SOLIVA, E. (1896), *Memoria Histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Est. Tipográfico de A. Avrial, p. 164.

¹⁰⁸ Los primeros pensionistas se denominaron “distinguidos” y, en el proyecto de Reglamento de 1858 se dividían en medio-pensionistas o pensionistas. Se puede consultar VIOTA (1896), p. 59, o VILLASANTE (2008), pp. 54-55.

¹⁰⁹ A partir de 1926 se incrementó significativamente el número de ingresos en el Manicomio de Leganés, pasando de 133 pacientes que ingresaron entre 1921-1925 a 216 pacientes entre 1926 y 1930. Véase CANDELA, R., VILLASANTE, O. (2011), Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En MARTÍNEZ AZUMENDI, O., SAGASTI LEGARDA, N., VILLASANTE, O. (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid, AEN, pp. 201-220, 209.

Manicomio de Leganés¹¹⁰. Uno de los motivos que podría explicar el incremento de las plazas para pensionistas sería un intento de compensar la escasa asignación económica al asilo por parte del Estado, como señaló Salas y Vaca¹¹¹. Esta situación, en la que las aportaciones de los pensionistas trataron de aliviar los apuros económicos de la institución, había sido descrita también en las últimas décadas del siglo XIX¹¹².

En estudios previos realizados sobre la institución de Leganés se ha observado cómo el número de pensionistas admitidos superaba al de pacientes de beneficencia¹¹³, siendo casi la única excepción la Guerra Civil, periodo histórico en el cual la entrada de pacientes fue mayoritariamente de beneficencia (95%)¹¹⁴.

Los artículos 3 y 4 del Reglamento de 1941 no modificaron esta división en pobres, pensionistas de primera y de segunda, pero se aumentó el número máximo de admitidos hasta 400 (200 pobres, 125 pensionistas de segunda y 75 de primera):

«Artículo 3. La población acogida será de pobres pero habrá también pensionistas. Artículo 4. Los pensionistas de ambos sexos serán de dos clases; de primera y de segunda, pudiendo admitirse como máximun (sic) setenta y cinco en primera clase y ciento veinticinco en segunda. El número de pobres en uno y otro sexo no podrá exceder de doscientos»¹¹⁵.

En el análisis de los datos estadísticos entre 1939 y 1952, el 68% de los ingresos correspondían a pensionistas, 477 ingresos frente a 241 pobres. Esta disparidad entre los

¹¹⁰ *Gaceta de Madrid*, 17 de noviembre de 1926, 321, p. 948. En esta gaceta se anunciaba la contrata de las obras (subasta pública) por valor de 108.985,97 pesetas para la ampliación del Departamento de enfermos distinguidos del Manicomio de Santa Isabel de Leganés.

¹¹¹ SALAS Y VACA, J. (1929), *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*, Madrid, Establecimiento Tipográfico, Artes graficas. Véase también, VILLASANTE, O., CANDELA, R. (2008), *El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo*. Ponencia presentada en el *VIII Coloquio de REDAM: Historia, cultura, sociedad y locura*, Tarragona.

¹¹² ÁLVAREZ-URÍA (1983), pp. 122-123.

¹¹³ MOLLEJO, E., DEL CURA, M., HUERTAS, R. (2004), La práctica clínica en el Manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas. En VV.AA., *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Murcia, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 149-162, 152. Durante la Segunda República, algo más del 50% fueron pacientes pensionistas como puede consultarse en TIerno, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007b), *El manicomio nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931- 1936)*. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 107-128, 116.

¹¹⁴ Al inicio de la guerra, la población total de ingresados alcanzaba los 302 pacientes reduciéndose sólo ligeramente al finalizar la contienda a 261 asilados. VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), pp. 157 y 170.

¹¹⁵ *Reglamento de 1941*, pp. 8697-8701. Este incremento ya se señalaba como uno de los aspectos más novedosos del nuevo reglamento. En: CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007a), *La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra*. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 269-285, 277; y TIerno (2008), p. 104.

internamientos en sendas categorías, a pesar de tener asignado el mismo número de plazas (200 para pobres y 200 para pensionistas), se correlacionó con el número de altas, ya que también se cursaron el doble de altas en el mismo período¹¹⁶, es decir salieron del Manicomio, por diferentes razones que luego analizaremos, 405 pensionistas y 203 pacientes pobres.

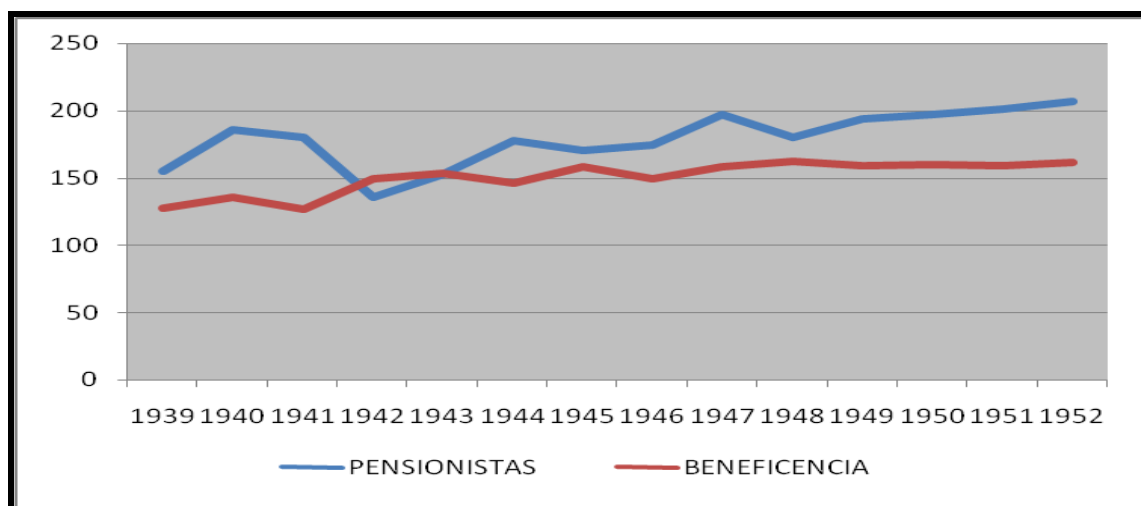


Figura 2. Número de pacientes ingresados por categoría administrativa en el Manicomio de Leganés (1939-1952)¹¹⁷.

En la figura (figura 2), se observa que los ratios establecidos para los pensionistas se sobrepasaron en los últimos años del estudio, mientras que los pobres ocuparon menos plazas de las que les correspondían. De hecho, los pacientes asignados a beneficencia no alcanzaron el cupo máximo, quedando prácticamente a final de año el 25% de sus plazas libres, mientras que en el caso de los pensionistas fueron ocupadas al 100%, llegando a superar las doscientas en 1951 y 1952 (201 pensionistas en 1951, y 207 pensionistas en 1952). Es pues probable que en la posguerra, momento asociado a grandes dificultades económicas, el incremento de pensionistas se favoreciera desde la institución psiquiátrica ya que sus aportaciones ayudaban a sanear las carencias económicas de la institución.

Los pagos se efectuaban en la Administración depositaria del manicomio por adelantado y, en el Reglamento de 1885, se establecieron cuotas para pensionistas de

¹¹⁶ CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O., DEL CURA, I. (2007), El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 555-568.

¹¹⁷ En la categoría de pensionistas se han agrupado los de primera clase, los de segunda y aquellos en los que no se especifica el tipo.

3,50 pesetas/día y para medio-pensionistas de 2 pesetas/día, además de 3,5 pesetas/mes por el lavado, planchado y cuidado de la ropa para ambos grupos. Por otra parte, los pobres no tenían que pagar nada ya que el gobierno proveía su asistencia y sus necesidades¹¹⁸. En 1917, a través de una orden se aumentaron las tarifas, de modo que los pensionistas pasaron a pagar 4,50 pesetas por día de estancia y 4 pesetas al mes por el cuidado, planchado y lavado de sus ropas y los pensionistas de segunda clase 3 pesetas diarias por estancia y 4 pesetas por la ropa¹¹⁹.

El Reglamento de 1941 supuso un incremento significativo y los enfermos pensionistas de primera clase pasaron a abonar 10 pesetas diarias por estancia completa, y los de segunda clase 7,50 pesetas diarias¹²⁰. Además se añadió un artículo en donde se estipulaba que la falta de pago de tres mensualidades consecutivas ocasionaría la baja definitiva del enfermo en el establecimiento¹²¹. No hemos encontrado ninguna baja definitiva en el establecimiento causada por dicho motivo, pero sí se producía un descenso en la categoría administrativa de ingreso cuando la familia dejaba de pagar. En las historias clínicas revisadas en nuestro estudio hemos registrado este cambio en el 4%; sin embargo, esta situación también ha sido registrada en otros periodos¹²².

¹¹⁸ *Reglamento de 1885*, Artículos 66-70, p. 449.

¹¹⁹ *Gaceta de Madrid*, 13 de junio de 1917, 164, pp. 685-686. También en: CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 213. Se ha tratado de realizar algunas comparaciones, pero del Manicomio de Valencia conocemos el Reglamento interno de 1930 que estipulaba un cobro de 6 pesetas diarias a los pensionistas de primera clase y 3 pesetas diarias a los de segunda clase. HEIMANN, C. (2006), El manicomio de Valencia 1900-1936. En LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPE, H., *El Manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesus*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479, 464. Las cuotas en el Manicomio de Ciempozuelos durante la Segunda República estaban entre las 180 y 450 pesetas mensuales (pensionistas de primera 450 pesetas al mes, pensionistas de segunda 350 pesetas al mes y pensionistas de tercera 180-200 pesetas al mes). REY GÓNZALEZ, A., VICENTE MARTI BOSCA, J. (2008), En una fábrica de locos...Psiquiatría y prensa obrera en la Segunda república española. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTEVEZ, J., DEL CURA, M., BLAS, L.V. (coordinadores), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 165-196, 173.

¹²⁰ *Reglamento de 1941*, Artículos 61-63, p. 8700.

¹²¹ *Ibidem*.

¹²² VILLASANTE (2008), p. 55.

PENSIONES	PENSIONISTAS DE PRIMERA CLASE	PENSIONISTAS DE SEGUNDA CLASE
REGLAMENTO 1885	3,50 pesetas por día de estancia y 3,50 pesetas al mes por el cuidado de su ropa	2 pesetas por día de estancia y 3,50 pesetas al mes por el cuidado de la ropa
ORDEN DE 1917	4,50 pesetas por día de estancia y 4 pesetas al mes por el cuidado, planchado y lavado de sus ropas	3 pesetas por día de estancia y 4 pesetas al mes por el cuidado, planchado y lavado de sus ropas
REGLAMENTO 1941	10 pesetas al día por estancia completa	7,50 pesetas al día por estancia completa

Tabla 1. Comparativa de las pensiones de los ingresados en ambos Reglamentos (1885, 1941).

3.2. Las licencias temporales

Las licencias temporales o salidas se realizaban casi desde la inauguración del manicomio¹²³, pero fueron establecidas oficialmente en el Reglamento de 1873¹²⁴. La duración máxima era de dos meses si se quería conservar la plaza y, en el Reglamento de 1885 se mantuvieron dichas licencias temporales, contemplando la posibilidad de ampliarlo un mes, siempre que se solicitase con antelación por una persona allegada o familiar¹²⁵. Esta licencia temporal para los pensionistas, se les concedía cuando el médico lo aconsejaba, o bien cuando el tutor lo pedía. Los pacientes pobres podían obtenerlas por “prescripción facultativa urgente o por petición de su representante legal”¹²⁶.

El Decreto de 1931 también reguló los permisos, autorizando una duración máxima de tres meses y, sólo excepcionalmente, hasta dos años¹²⁷. Durante su estancia fuera de la institución, los familiares estaban obligados por el Decreto a remitir al Médico Director un resumen mensual sobre el estado del enfermo, así como facilitar que el enfermo fuese visitado en su domicilio por el personal médico del establecimiento o sus representantes si el Director lo estimaba oportuno. A pesar de que las salidas temporales fueron frecuentes, no hemos encontrado documentación escrita que hiciese referencia a estos resúmenes mensuales que debían aportar los familiares al Médico Director de la institución.

¹²³ BALBO (1998), pp. 265-275.

¹²⁴ VILLASANTE (2008), p. 63.

¹²⁵ *Reglamento de 1885*, Artículos 59-65, p. 449.

¹²⁶ *Ibidem*.

¹²⁷ *Gaceta de Madrid*, 7 de Julio de 1931, Artículos 30-31, p.189.

Los permisos eran concedidos directamente de tres meses, admitiendo además excepcionalmente salidas provisionales por un máximo de dos años previa alta definitiva otorgada por el jefe facultativo. Esta ampliación excepcional de hasta dos años requería de las mismas obligaciones para los familiares, persistiendo además la dificultad para que los pobres accedieran a estos permisos. Trascurridos los periodos de salidas temporales, si el enfermo no regresaba, la plaza del paciente se otorgaba a un enfermo en turno de espera y según el orden establecido previamente¹²⁸, de la misma manera que con el Reglamento anterior de 1885¹²⁹. La regulación de las salidas temporales en el Reglamento de 1941 del Manicomio de Leganés fue el resultado de una combinación entre las condiciones del Reglamento de 1885 y las innovaciones del Decreto de 1931.

Estos permisos temporales se convertían, con frecuencia, en la antesala del alta. Desconocemos si esto se debía a que, efectivamente, la familia constataba una mejoría clínica o bien era debido a que los pacientes una vez en el domicilio se negaban a volver, o eran ingresados en otro establecimiento. En cualquier caso, las altas por incomparecencia tras un permiso temporal representaron el 26% del total de las registradas en el Manicomio de Leganés desde el final de la Guerra Civil hasta 1952.

Además de estos largos permisos con las familias, ya con el primer médico de la institución, José M^a Miranda, se permitía la salida a los pacientes periódicamente al campo, previa autorización del director¹³⁰. Estas salidas se mantuvieron a lo largo del siglo, incluso en pacientes judiciales como Manuel Morillo, en cuya historia clínica se anotó que salió de paseo e incluso, en una ocasión, visitó un café de la localidad¹³¹. En el Reglamento de 1941 se especificaba que el jefe facultativo determinaba las distracciones y “paseos de los enfermos”¹³², que podían salir acompañados de personal como el caso mostrado a continuación. En esta carta se describe la salida autorizada de varios pacientes con motivo de las fiestas locales de Leganés en 1948, quienes acompañados del vigilante de noche volvieron embriagados y heridos:

¹²⁸ *Reglamento de 1941*, Artículos 54-59, p. 8700.

¹²⁹ *Reglamento de 1885*, Artículos 59-65, p. 449.

¹³⁰ MENDIGUCHÍA CARRICHE, A. (1955), Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés, *Archivos de neurobiología*, 18 (3), 933-944, p. 938.

¹³¹ Manuel Morillo que había sido ingresado en Leganés, después de ser acusado de la muerte del padre de su novia, aún siendo un paciente judicial. Historia clínica 965 (siglo XIX). Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Véase CAMPOS, R. (2012), *El caso Morillo: crimen locura y subjetividad en la España de la Restauración*, Madrid, CSIC-Frenia, p. 248.

¹³² *Reglamento de 1941*, Artículo 9 (9º), p. 8697.

«En la noche del 15 al 16 de los corrientes con motivo de las fiestas locales se permitió la salida de varios pacientes bajo la custodia del vigilante de la noche Santos Pérez, recibió instrucciones claras y terminantes del celador pero al regreso volvieron dos de los enfermos embriagados y con contusiones a consecuencia de una riña habida en la localidad, se deduce que dicho vigilante ha desobedecido las órdenes recibidas había abandonado al servicio que le fue encomendado el referido vigilante, por lo demás el individuo al que en diversas ocasiones se ha amonestado de palabra por hallársele dormido en su correspondiente turno no siendo posible lograr, a pesar de esta medida, la misión que le corresponde. Lo que pongo a su superior conocimiento para que tomen las medidas que considera oportunas. Leganés, el 18 agosto 1948. Del médico de guardia Enrique Cores al Jefe Facultativo del manicomio»¹³³.

3.3. La clasificación de los departamentos

Las instituciones psiquiátricas españolas como el Manicomio de Valencia¹³⁴, el Hospital de Valladolid¹³⁵ o el Manicomio de mujeres de Ciempozuelos¹³⁶, entre otras, agrupaban a los pacientes en diferentes secciones que, en general, mantenían la tradición francesa de *Tranquilos, sucios, agitados y furiosos*. A juicio de Comelles¹³⁷, esta separación respondía más a una división social que a una clasificación en función de los rasgos clínicos.

En los diversos Reglamentos de la Casa de Santa Isabel de Leganés se establecían departamentos o celdas especiales para alienados tranquilos o pacíficos, agitados o turbulentos, sucios o furiosos (con riesgo de autolesión), o epilépticos y convalecientes¹³⁸. Previamente a su clasificación, se consideraba la posibilidad de mantener al paciente en observación, aislado en una habitación, antes de ser asignados a un departamento, ya desde la inauguración del establecimiento¹³⁹. Estas subdivisiones definidas a nivel teórico no se han encontrado reflejadas en las historias clínicas de los períodos estudiados, por lo que tampoco se ha podido contrastar desplazamientos entre una y otra sección¹⁴⁰. Hasta el año 1931 se desconoce el número de pacientes asignados

¹³³ *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹³⁴ HEIMANN (2006), p. 415.

¹³⁵ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), p. 324.

¹³⁶ LÓPEZ DE LERMA, J., DÍAZ GÓMEZ, M. (1991), *Historia del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos, 1881-1989. Un siglo de psiquiatría y de historia de España*, Madrid, Fareso, p. 236.

¹³⁷ COMELLES (1988), p. 59

¹³⁸ *Reglamento de 1885*, pp. 448-450.

¹³⁹ MARTÍN DE VELASCO, E. (1872), El Manicomio de Leganés: La Casa de Dementes de Santa Isabel, *La Ilustración Española y Americana*, 42, 661-662. Se puede consultar VILLASANTE (2008), pp. 52-53.

¹⁴⁰ En 1889, pocos años después de la entrada en vigor del Reglamento de 1885, apareció una Real Orden donde se subastaban públicamente las obras de terminación de la sección de celdas en el pabellón de

a estos departamentos, ya que en los reglamentos tampoco se especificaba el número de plazas para cada división. A partir de entonces, sin embargo, se emitieron en el Manicomio de Leganés partes estadísticas mensuales y anuales de la población internada en el establecimiento, enviados a la Dirección General de Sanidad por el jefe facultativo¹⁴¹. Estos partes clasificaban a los internos divididos según el sexo, la categoría administrativa (pensionistas o de beneficencia), la clasificación técnica (“agitados”, “sucios”, y “tranquilos”) y la nosológica. De esta manera, se ha podido estudiar el número de pacientes en cada departamento en diferentes periodos del siglo XX¹⁴².

Además de estas divisiones, los Reglamentos de 1873 y 1885 contemplaban además departamentos diferentes para la infancia, la edad madura y pacientes sujetos a Tribunales de justicia, ausentes en el Reglamento de 1941¹⁴³.

REGLAMENTO 1885 DEPARTAMENTOS	REGLAMENTO 1941 DEPARTAMENTOS
Observación	Observación
Pobres	Pobres
Pensionistas	Pensionistas
Pacíficos	Pacíficos
Turbulentos	Turbulentos
Furiosos	Furiosos
Sucios	Sucios
Epilépticos	Epilépticos
Convalecientes	Convalecientes
Infancia	-----
Edad madura	-----
Tribunales de justicia	-----

Tabla 2. Comparación de Reglamentos. División del Manicomio de Leganés en departamentos diferentes para ambos sexos.

La concepción de un modelo teórico y la creación de dispositivos adecuados para niños anormales o “infancia anormal” fue un tema que adquirió cierta relevancia en diversos ámbitos profesionales, fundamentalmente médicos y pedagógicos, en las

asiladas tranquilas y dependencias del departamento de hombres en el Manicomio de Leganés con un presupuesto de 79.683,50 pesetas. En: *Gaceta de Madrid*, 17 de septiembre de 1889, 260, p. 893.

¹⁴¹ Los partes estadísticos son estudiados detenidamente en el siguiente capítulo.

¹⁴² CONSEGLIERI, VILLASANTE (2007a), p.278 y TIerno, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007b), p. 120.

¹⁴³ *Reglamento de 1941*, pp. 8697-8701.

primeras décadas del XX¹⁴⁴. En 1910 aparecía el primer intento “oficial” de asistencia a niños anormales con la creación del Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales; sin embargo hubo que esperar hasta 1925 para que el Estado asumiera la creación de la Escuela Central de Anormales, dedicada a este tipo de pacientes¹⁴⁵. No obstante, la hospitalización de niños en instituciones manicomiales se mantuvo, a pesar de las deficiencias estructurales institucionales y la polémica que dichos internamientos generaban¹⁴⁶. Mercedes Del Cura, que ha estudiado la población menor ingresada en Leganés hasta 1936, sostiene que no existe constancia de ninguna separación basada en la edad de los enfermos¹⁴⁷, aunque el departamento se halle recogido en los reglamentos de 1873 y 1885¹⁴⁸.

En 1940, tan sólo un año antes de que desapareciese la sección de niños del nuevo Reglamento, el jefe facultativo interino del Manicomio de Leganés redactó dos escritos rechazando el ingreso de pacientes menores de edad. Los documentos no especificaban la edad del asilado ni el diagnóstico, si bien confirmaba las dificultades para mantener a los niños separados del resto de los pacientes ante la ausencia de un departamento específico:

«Ilustrísimo Señor. En cumplimiento del Decreto marginal de vuestra Ilustrísima que precede, el Jefe Facultativo que suscribe tiene el honor de informar la presente instancia escrita por Doña D. G. R., y en la que solicita le sea concebida una plaza en este Manicomio para su hijo L. C. G, en el sentido de que careciendo este establecimiento de local apropiado para esta clase de enfermos, ya que por su corta edad no es aconsejable su convivencia con los demás enfermos, que por ser adultos y tener inclinaciones sexuales, ofrecen un grave peligro para estos enfermitos, por cuya causa me permito

¹⁴⁴ DEL CURA GÓNZALEZ, M. (2008), Medicina y pedagogía en la escuela: el discurso sobre la normalidad infantil en la España del primer tercio del siglo XX. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTEVEZ, J., DEL CURA, M., BLAS, L.V. (coordinadores), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 433-455. Sobre la misma autora se puede consultar una publicación reciente, DEL CURA GÓNZALEZ, M. (2011), *Medicina y Pedagogía: La construcción de la categoría de “infancia anormal” en España (1900-1939)*, Madrid, CSIC.

¹⁴⁵ DEL CURA GÓNZALEZ, M. (2007), El comienzo de la asistencia “oficial” a los niños anormales en España: a Escuela Municipal de Deficientes en Barcelona (1910-1936). En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 541-554, 542.

¹⁴⁶ DEL CURA (2003), p. 612.

¹⁴⁷ DEL CURA, M. (2003), Niños en el manicomio: La locura infantil en la Casa de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa*, Madrid, Frenia, pp. 611-633, 619.

¹⁴⁸ VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (2006), La gestión de la locura en la España del siglo XIX: tutela y práctica médica en el Manicomio de Leganés, *Congreso Internacional Modernidad, Ciudadanía, desviaciones y desigualdades-Modernité, Citoyenne, Deviances et Inégalités*, Córdoba, 27-29 de abril de 2006 (inédito).

proponerle a V. I. le sea denegada la solicitud de estancia. Vuestra Ilustrísima no obstante acordará lo que mejor proceda. Leganés, a 11 de junio de 1940. El Jefe Facultativo Interino»¹⁴⁹.

«Ilustrísimo Señor. En cumplimiento del Decreto Marginal de vuestra Ilustrísima que precede, el Jefe Facultativo que suscribe tiene el honor de informar la presente instancia en el sentido de que careciendo en este establecimiento de local adecuado para el internamiento de los enfermos que dada su corta edad necesitan el aislamiento de los demás enfermos lo que no se puede acceder a la petición de Don J. solicitando plaza para su hija C. Usted no obstante y con su superior acordara lo que proceda. Leganés, a 26 de junio de 1940»¹⁵⁰.

Sin embargo, y aunque el departamento de infancia no se recogía en el Reglamento de 1941 del Manicomio de Leganés, dos años después, en 1943, González Ferradas, Inspector General de Asistencia médico-social y Jefe de la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad, señaló la obligación para todos los establecimientos psiquiátricos de disponer de un número de camas, destinadas para niños, e instaladas en pabellones aparte. Ferradas denunciaba además el hecho de que pocas instituciones cumplieran con dicha normativa¹⁵¹, si bien algunos hospitales como el de Valladolid contaban con una estancia para niños a finales de los cuarenta¹⁵².

3.4. Los pacientes judiciales en el Manicomio de Leganés en la posguerra

Desde sus inicios, la Casa de Dementes de Santa Isabel admitió a pacientes procesados ya que España no contaba con un manicomio judicial por lo que estos se distribuían en los hospitales provinciales, cárceles, etc.¹⁵³. El alto número de ingresos judiciales a finales del siglo XIX llegó a desequilibrar las instituciones, teniendo incluso que solicitar la denegación del acceso al manicomio a estos pacientes¹⁵⁴. En 1900, mediante una Real Orden, se anunciaba la subasta para la construcción de un “pabellón

¹⁴⁹ *Jefatura facultativa* “copias de informes desfavorables en instancias de ingresos”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁵⁰ *Ibidem*.

¹⁵¹ GÓNZALEZ FERRADAS, M. (1943), La asistencia psiquiátrica en España, *Semana Médica Española*, 117, 1-10, p. 1.

¹⁵² GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), p. 324.

¹⁵³ BARRIOS FLORES, L. F. (2000), Un siglo de psiquiatría penitenciaria, *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 1, 23-30 y BARRIOS FLORES, L. F. (2007), Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria, *Revista de la AEN*, 27 (100), 473-500.

¹⁵⁴ Dicha propuesta fue aceptada por el Ministerio de la Gobernación en 1893, aunque contradecía al *Real Decreto* del 12 de mayo de 1885. En: ÁLVAREZ-URÍA, (1983), p. 234 y VILLASANTE (2008), p. 53. En las últimas décadas del siglo XIX en Leganés ingresaron algunos penados como el caso de Galeote, véase CAMPOS, R. (2003), Criminalidad y locura: El cura Galeote, *Frenia*, 3 (2), 111-146; o el caso de Manuel Morillo, en: CAMPOS (2012).

de penados” en el Manicomio de Leganés con un presupuesto de 156.282,57 pesetas¹⁵⁵. Por otra parte, en 1886 se había comenzado a gestar en España la necesidad de construir instituciones psiquiátricas específicas para pacientes judiciales y, de hecho, en 1894 se improvisó la primera institución psiquiátrica penitenciaria de manera “provisional” en el Puerto de Santa María¹⁵⁶. Sin embargo, tras numerosos intentos legales y administrativos, no fue hasta 1944 cuando comenzó a construirse la institución psiquiátrica judicial conocida como Instituto Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel en Madrid¹⁵⁷.

El Reglamento de 1941 eliminó la división para enfermos judiciales, que se encontraba en reglamentos anteriores, aunque desde el final de la guerra hasta 1952 se han registrado siete ingresos por orden judicial, que correspondían a cinco personas diferentes ya que uno de ellos reingresó en dos ocasiones¹⁵⁸.

El primer ingreso fue una mujer viuda de 52 años esquizofrénica que ingresó en agosto de 1940 como pensionista de segunda clase procedente del Manicomio de Ciempozuelos, y que falleció en 1944 a consecuencia de un ictus apopléjico. En su historia clínica no se recogían sentencias judiciales ni detalles sobre el delito cometido¹⁵⁹.

El segundo de ellos fue un varón soltero de 32 años que entró por primera vez en octubre de 1940, reingresando posteriormente en dos ocasiones, y siempre como pensionista de segunda clase. Diagnosticado de “psicópata hipertímico pseudólogo” con un segundo diagnóstico de “degenerado moral”, sus dos primeras altas fueron por evasión y la última por traslado al Manicomio de Zaragoza. Durante su estancia en Leganés fue tratado con psicoterapia. En su historia clínica se recogen varios documentos sobre el caso judicial del paciente, tales como recortes de prensa, una notificación de la audiencia provincial para la vista de un juicio oral por delito de hurto y una copia de la sentencia en la cual se absolvía al paciente del delito, decretando su internamiento en un hospital destinado a estos pacientes¹⁶⁰.

¹⁵⁵ *Gaceta de Madrid*, 2 de mayo de 1900, 122, p. 561. También en *Gaceta de Madrid*, 8 de mayo de 1900, 128, p. 641.

¹⁵⁶ BARRIOS FLORES (2000), p. 25.

¹⁵⁷ BARRIOS FLORES (2007), p. 475.

¹⁵⁸ En el siguiente capítulo se expone como hemos cuantificado los ingresos para el análisis estadístico de las historias clínicas.

¹⁵⁹ Historia clínica 1229. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶⁰ Historia clínica 1242. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Este caso se estudia con más detenimiento en los siguientes capítulos.

El tercer ingreso por orden judicial fue el de un varón soltero de 28 años pensionista de segunda que ingresó en febrero de 1948 con un diagnóstico de personalidad psicopática con alcoholismo. La sentencia judicial dictaminó el internamiento aunque no se reflejaba el delito cometido, y el alta judicial se produjo en agosto de ese mismo año, anotándose en su historia una indicación médica de curación o remisión de los síntomas¹⁶¹.

El siguiente caso judicial fue el de un varón casado de 46 años con diagnóstico de “personalidad querulante desarrollo litigante”, derivado desde el Hospital Provincial y dado de alta, según se recoge en su historia clínica, por indicación judicial el 21 de octubre de 1949. Acompañando a su historia, aparece un recorte de prensa del 12 de octubre de 1949 que explicaba cómo un Tribunal de Justicia anulaba una sentencia de un año atrás que condenaba al paciente por delito de “estafa y usurpación”; pocos días tras la publicación de esta noticia fue ordenada el alta judicial del paciente¹⁶².

El último de los casos era el de un varón casado de 44 años que ingresó en 1952 como pensionista de primera desde la prisión provincial de Madrid y dado de alta unos meses después. Trasladado al sanatorio psiquiátrico penitenciario de Carabanchel Alto; en su historia clínica no se reflejaba etiqueta diagnóstica alguna, ni detalles sobre el delito cometido, únicamente se puede consultar un certificado en el cual el paciente quedaba a disposición judicial del Juzgado número 23 de Madrid¹⁶³.

4. PERSONAL SANITARIO Y SUBALTERNO DE LA INSTITUCIÓN AL FINALIZAR LA GUERRA CIVIL

En diversos trabajos publicados sobre el Manicomio de Leganés se ha mostrado la importancia del personal religioso en los primeros años de funcionamiento, cuando la dirección de la institución estuvo a cargo de presbíteros y la administración, gobierno y economía del establecimiento recaía en las Hijas de la Caridad¹⁶⁴. El poder otorgado a los religiosos en detrimento del médico, al menos en parte, favoreció el carácter benéfico-asilar de la institución y la escasa medicalización de la institución, como

¹⁶¹ Historia clínica 1587. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶² Historia clínica 1617. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Sobre este caso nos detendremos en los siguientes capítulos.

¹⁶³ Historia clínica 1763. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁶⁴ VIOTA Y SOLIVA (1896), pp. 31-35.

señala Olga Villasante¹⁶⁵. A su vez, Comelles sostiene que existía una resistencia del legislador a que la dirección fuese controlada por los médicos¹⁶⁶. Sin embargo, los facultativos fueron adquiriendo mayor representación, como podemos ver con las modificaciones que introdujeron los Reglamentos internos, y durante la Segunda República la institución llegó a contar con cinco médicos¹⁶⁷.

En el Reglamento de 1941 se enumeraba el personal facultativo y subalterno que debía de trabajar en el manicomio:

«Un administrador-depositario, un auxiliar, un médico-jefe facultativo, dos médicos supernumerarios residentes, un médico auxiliar, un médico del laboratorio de análisis, cuatro practicantes, un capellán, dieciocho hijas de la Caridad, un celador, un maquinista para el balneario y lavadero mecánico, un barbero, un mozo para los servicios de calefacción, un cochero-carretero, hortelano- jardinero, dos guardas exteriores, veinticuatro mozos y enfermeros externos, un vaquero y once lavanderas»¹⁶⁸.

Desconocemos si, en el momento de publicarse el Reglamento, todo el personal mencionado trabajaba en la institución, sin embargo, hay constancia de las condiciones económicas de los empleados en ese período¹⁶⁹. Un documento, probablemente escrito al finalizar la guerra, recoge quejas sobre las dificultades económicas del manicomio y desglosa el presupuesto asignado por el Estado y el estimado desde la institución. Se recriminaba la falta de pago de los pensionistas y el aumento de los gastos que generaban más enfermos de beneficencia (anexo 2). Es preciso destacar que, en el presupuesto destinado a los empleados, se reflejaba por primera vez¹⁷⁰ una asignación económica para las dieciocho hijas de la caridad de 45.000 pesetas anuales¹⁷¹. Años más tarde, en 1949, pasaron a percibir 1200 pesetas anuales cada una¹⁷², cantidad que, a pesar del aumento, seguía representando sueldos menores que aquellos percibidos por

¹⁶⁵ VILLASANTE (2008), p. 35.

¹⁶⁶ COMELLES (1988), p.45.

¹⁶⁷ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), p. 71

¹⁶⁸ *Reglamento de 1941*, Artículos 7-38, pp. 8697-8699.

¹⁶⁹ *Jefatura facultativa* “personal practicantes: asuntos de personal de la casa”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. El informe no está fechado, si bien por su contenido y referencias hacia facultativos del establecimiento pensamos que está redactado poco después de la finalización de la contienda.

¹⁷⁰ En la Segunda República o la guerra no se han encontrado recogidas asignaciones económicas a las Hijas de la Caridad. VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), p. 72.

¹⁷¹ En 1937 las Hijas de la Caridad en el Hospital psiquiátrico de Valladolid percibían la cantidad de 360 pesetas anuales cada una. GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 249-250.

¹⁷² Según la Ley de 23 de diciembre de 1948, se modificaban las dotaciones del personal dependiente de la Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales, contemplándose entre dicho personal a las Hijas de la Caridad. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de diciembre de 1948, 361, pp. 5791-5792.

otras religiosas como las del Hospital de Valladolid que, en ese mismo año, cobraban 1500 pesetas anuales¹⁷³. Las Hijas de la Caridad retomaron posiciones de prestigio -en parte recuperado ya durante la Guerra Civil¹⁷⁴-, rindiendo algún homenaje a la superiora y administradora depositaria de la institución Sor Carmen Segura, como se recoge en una nota de prensa de *Abc de Madrid* de 1940:

«Homenaje a la comunidad del convento de Santa Isabel de Leganés.

Con íntima y emocionada sencillez se celebró el domingo en el convento-manicomio de Santa Isabel del vecino pueblo de Leganés el acto de entregar un precioso pergamino a Sor Carmen Segura, superiora de aquella comunidad. Hizo entrega del pergamino, el general Valdés Cabanillas, quien en nombre de los firmantes, enalteció la admirable conducta de las hermanas de la caridad, durante la Cruzada de salvación de la patria. Por la tarde el ilustre jefe impuso a varias damas enfermeras las medallas que les han sido concedidas por sus merítísimos servicios durante la guerra, pronunciándose con tal motivo frases de exaltación de las virtudes femeninas y concluyendo el acto con varias Vivas a España y al Caudillo»¹⁷⁵.

El Reglamento de 1941, como los previos, además de asignar el número de plazas de trabajadores, determinaba las funciones a desempeñar por todo el personal consignado como los facultativos, el administrador-depositario, los practicantes, las Hijas de la Caridad, el celador, los mozos enfermeros, etc., y que analizaremos en los siguientes apartados.

4. 1. Los practicantes en el Manicomio de Leganés

Durante la Segunda República, se percibieron los primeros pasos para la especialización de la enfermería y, a partir de la Orden ministerial del 16 de mayo de 1932¹⁷⁶, se reconoció el Diploma de “enfermero psiquiátrico” en los establecimientos psiquiátricos públicos y privados¹⁷⁷. Para obtener el diploma de enfermero psiquiátrico era necesario presentarse a exámenes y haber cumplido estudios prácticos y teóricos en un establecimiento psiquiátrico. En Madrid, se iniciaron algunas actividades formativas

¹⁷³ En ese año contaba su plantilla con 30 Hijas de la Caridad para casi 700 pacientes. GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 249-250.

¹⁷⁴ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p.102.

¹⁷⁵ *Abc de Madrid*, 21 de mayo de 1940, p. 15.

¹⁷⁶ *Gaceta de Madrid*, 20 de mayo de 1932, 141, pp. 1335-1336.

¹⁷⁷ Se distinguían dos situaciones: por un lado, los practicantes en medicina y cirugía, que disponían del diploma de enfermero psiquiátrico, se encargaban de la práctica médico-quirúrgica como auxiliares de los médicos; y por otro, los enfermeros psiquiátricos que debían estar al cuidado directo del enfermo mental, cumpliendo las órdenes que indicase el médico. BERNABEU MESTRE, J., GASCÓN PÉREZ, E. (1999), *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*, Murcia, publicaciones de la Universidad de Alicante, Espagrafic, pp.36-38.

y el 18 de septiembre de 1933 se comenzó un curso para practicantes, enfermeros y enfermeras psiquiátricos, cuya parte teórica fue impartida por las tardes en el “Hospital de la Beneficencia General” por Mendiguchía Carriche, Fernández Méndez, Martín Vegué y Moreno Rubio, todos ellos médicos del Manicomio de Leganés, establecimiento donde se efectuaron los estudios prácticos en los días festivos¹⁷⁸.

Este intento de profesionalización de la enfermería, fue sin duda, interrumpido por la guerra y, durante toda la primera década del franquismo, se paralizó la concesión de la acreditación del título de enfermero psiquiátrico iniciado durante la Segunda República¹⁷⁹. La orden de 1936 en la cual se convocaban los exámenes para la concesión del *Diploma de Practicantes y Enfermeros psiquiátricos*¹⁸⁰, quedó cercenada y, hasta 1949, no se publicó otra circular dirigida a la obtención de dicho diploma¹⁸¹.

Una vez finalizada la contienda, el personal de enfermería tuvo que enfrentarse a los procesos de depuración de profesionales según la Ley de 10 de febrero de 1939¹⁸². En esta ley se establecía que todos los funcionarios públicos debían formalizar una declaración jurada, y los instructores designados por los ministerios decidirían sobre la depuración favorable o la acusación formal de los profesionales. Parece que, en concreto, el practicante Eugenio Peral García, se vio afectado por estos procesos de depuración, ya que en un informe remitido al Ministerio del Aire se informaba sobre su filiación socialista durante la guerra y no hemos encontrado información que constataste que continuara desempeñando su labor en la posguerra:

«22 de Octubre de 1939. Año de la victoria. Tengo el honor de remitir a usted debidamente cumplimentado el cuestionario en que solicita informes del practicante de este manicomio Eugenio Peral García desde el día 18 de julio hasta el 4 de noviembre de 1936 fecha en que fue liberado Leganés por nuestro glorioso ejercito. Dios guarde a usted muchos años. A 22 de octubre de 1939. Año de la victoria. Del Director Facultativo Interino al Juez instructor de Valencia.

Resumen del informe: Pertenecía al partido socialista, era presidente del comité rojo del Manicomio de Leganés, exaltaba en sus conversaciones a la causa roja e insultaba a nuestros generales y ejércitos. No se le considera

¹⁷⁸ VILLASANTE, O. (2011), La Polémica en torno a los manicomios, 1916, *Revista de la AEN*, 31 (112), 767-789, p. 769.

¹⁷⁹ Comelles señala que, tras finalizar la Guerra Civil, diversas órdenes religiosas regresaron a muchos manicomios y hubo una tendencia a sustituir personal (que además habían dejado de formarse) por religiosos contribuyendo así a una disminución de los gastos fijos. COMELLES (1988), pp. 165-170.

¹⁸⁰ *Gaceta de Madrid*, 18 de febrero de 1936, 49, p. 1434.

¹⁸¹ *Boletín Oficial del Estado*, 15 de junio de 1949, 166, p. 2689. En octubre su publicó otra circular con los aspirantes al Diploma, *Boletín Oficial del Estado*, 26 de octubre de 1949, 299, p. 4516.

¹⁸² *Boletín Oficial del Estado*, 14 de febrero de 1939, 45, pp. 856-859.

como autor material de crímenes y saqueos, ni como inductor en Leganés. Poseía como arma una pistola. Estuvo en relación con el ayuntamiento rojo en Leganés. No tomó parte en el saqueo y quema de imágenes de la capilla del manicomio. Informe dado al Ministerio del Aire con fecha del 22 de octubre de 1939»¹⁸³.

Según el Reglamento de 1941 debían de prestar los servicios en el manicomio cuatro practicantes¹⁸⁴; sin embargo es difícil conocer con exactitud el número de practicantes en cada momento, ya que no tenemos datos de la plantilla total¹⁸⁵. El celador era considerado el jefe inmediato de los enfermeros y “los hará cumplir las órdenes del jefe facultativo sobre higiene y medicación y las indicadas por la administración relativas a orden y disciplina”¹⁸⁶.

Utilizando la documentación anexa encontrada en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain de Leganés, hemos realizado la siguiente tabla (tabla 3) especificando los años que, según los oficios, desempeñaron los practicantes del manicomio su labor asistencial.

¹⁸³ *Jefatura facultativa* “practicantes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Durante la guerra, tan sólo un practicante estuvo desempeñando sus funciones en el Manicomio de Leganés, a pesar que en el inicio de la contienda la institución contaba con tres profesionales. VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 116.

¹⁸⁴ El reglamento de 1885 tan sólo contaba con un practicante. *Reglamento de 1885*, Artículo 6, p. 448.

¹⁸⁵ Los documentos con los que contamos para saber quienes trabajaban allí, pertenecen a la documentación anexa a las historias clínicas, y en ella han aparecido diversos datos en relación a funciones y labores desempeñadas, nombramientos, permisos, e incluso sanciones. *Jefatura facultativa* “practicantes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁸⁶ *Reglamento 1941*, Artículo 29, p. 8699.

PRACTICANTES	AÑOS DEL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
Benjamín Vicente Sanz	1942-
Manuel Laplana Pintre	1942-
Carlos García Gil	1944-
Adolfo Redaño Bajaterria	1944-
Saturnino Moreno Llop	¿?
Manuel Rodríguez Martínez	1944-1949
Roque Antonio Rodríguez Ortiz	1946-
Arturo Martín-Vegué	1946, 1947, 1948, 1949-
Fernando Márquez Bulnes	1949, 1950-
José María Gallego Millán	1949, 1950, 1951-

Tabla 3. Años de ejercicio de profesión de los practicantes del Manicomio de Leganés (1939-1952).

Sabemos que, en 1942, los practicantes Benjamín Vicente Sanz y Manuel Laplana Pintre comenzaron a trabajar en el departamento de señoras y hombres de la institución respectivamente. En 1944, los practicantes, Manuel Rodríguez Martínez, Carlos García Gil y Adolfo Redaño Bajaterria, recibieron órdenes del jefe facultativo sobre los horarios y turnos, llamándoles la atención por “incidencias observadas” a cargo de estos trabajadores.

«A Manuel Rodríguez Martínez, Carlos García Gil y Adolfo Redaño Bajaterria: Ante las reiteradas deficiencias que desde hace tiempo se vienen observando en los servicios a usted encomendados se servirá a partir del día 30 del corriente presentaran con la mayor puntualidad el siguiente servicio de turno: lunes y jueves, martes y viernes y miércoles y sábados, desde las ocho de la mañana hasta las 10 de la noche poniéndose de acuerdo para la comida con la señora administradora los domingos del servicio deberán hacerlo de ocho de la mañana a una de la tarde entre los tres practicantes que presta servicio. Dios guarde usted muchos años. Leganés 16 enero 1944. El Jefe Facultativo Interino. A Manuel Rodríguez Martínez, Carlos García Gil y Adolfo Redaño Bajaterria. Practicantes Cuerpo de la Beneficencia General del Estado con servicio en este establecimiento nacional»¹⁸⁷.

Una de las funciones y obligaciones de los practicantes de la institución consistía en poner en conocimiento de sus superiores cualquier suceso acontecido durante su

¹⁸⁷ Jefatura facultativa “practicantes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

jornada laboral. Así, el practicante Manuel Rodríguez notificaba acerca de unas agresiones entre varios enfermos.

«Tengo el honor de poner en el conocimiento de usted que a requerimiento del celador de este manicomio don Virgilio Torija, he asistido a las 20:30 horas del día de hoy a doña M. de una herida indecisa de unos 3 cm de longitud en la región occipital y lateral izquierda herida que precisó la aplicación de cuatro puntos, previo lavado y desinfección de la misma. Está herida se la produjo según manifestación de la mencionada señora Don J. Guarde a usted muchos años. Leganés a 14 de noviembre de 1944. Del practicante de guardia Manuel Rodríguez al Jefe Facultativo del manicomio»¹⁸⁸.

Años después, en 1949, se cesaba de su cargo a este mismo practicante, Manuel Rodríguez Martínez, solicitando por ese motivo el jefe facultativo al decano del hospital de la Princesa otro practicante para esa vacante. A la vez, se enviaba otro documento igual a la administradora depositaria del manicomio, sor Carmen Segura poniendo, en su conocimiento las gestiones realizadas en el manicomio.

En junio de 1946, Roque Antonio Rodríguez Ortiz y Arturo Martín-Vegué¹⁸⁹, obtenían por oposición dos plazas de practicantes del cuerpo de la Beneficencia General del Estado en el Manicomio de Leganés con un sueldo anual de 4500 pesetas. Sólo dos años más tarde, en la Ley de 23 de diciembre de 1948, se aumentaron las dotaciones económicas del personal de la Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales¹⁹⁰, por lo que Fernando Márquez Bulnes, nombrado practicante interino en el Manicomio de Leganés en 1949, pasó a cobrar 5000 pesetas anuales¹⁹¹. En diciembre de ese mismo año también fue contratado José María Gallego Millán.

¹⁸⁸ Jefatura facultativa “practicantes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁸⁹ Arturo Martín-Vegué Bulnes, hijo de Antonio Martín-Vegue Jáudenes. Concejal de Leganés desde 1961 hasta 1967. En: MAROTO GARCÍA, M. (2010), *Leganés 1936-1979 (II), de la sumisión a la amnistía. Los alcaldes de Leganés durante el primer franquismo 1936-1949*. www.ciudadanosporelcambio.com, consultado el 20 abril de 2012.

¹⁹⁰ A partir del 1 de enero de 1949 se modificaron las dotaciones del personal de la Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales que para los Practicantes del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General eran las siguientes: un practicante con sueldo de 8400 pesetas anuales, tres practicantes con sueldo de 7200 pesetas anuales, cinco practicantes con sueldo de 6000 pesetas anuales, y nueve practicantes con sueldo de 5000 pesetas anuales. En: *Boletín Oficial del Estado*, 26 de diciembre de 1948, 361, pp. 5791-5792.

¹⁹¹ El practicante tiene los mismos apellidos que Manuel Márquez Bulnes, quien fue concejal de Leganés en 1961, al igual que Arturo Martín-Vegué. En: MAROTO GARCÍA, M. (2010), *Leganés 1936-1979 (II), de la sumisión a la amnistía. La memoria histórica de Leganés*. www.ciudadanosporelcambio.com, consultado el 20 abril de 2012.

«Con esta fecha digo el ilustrísimo señor Ordenador Central de Pagos en los de las atribuciones que me están conferidas he tenido a bien nombrar practicante interino de la Beneficencia General, con el sueldo anual de 5000 pesetas a don Fernando Márquez Bulnes que prestará los servicios de su clase en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. Lo que trasladó usted para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde usted muchos años, Madrid 27 de abril de 1949. Del Director General de Beneficencia al Jefe Facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés». “Con especial satisfacción recibo hoy su atento oficio en el día 25 abril del presente año en el que me comunica el nombramiento del practicante interino de la Beneficencia General con destino a este Manicomio a favor de don Fernando Márquez Bulnes, ello permitirá normalizar los servicios de guardia permanente que prescribe el reglamento y que son tan indispensables en esta Casa. Dios guarde usted muchos años. En Leganés, a 12 de mayo de 1949. Del Jefe Facultativo al Director General de la Beneficencia y Obras Sociales»¹⁹².

En el año 1949 el Hospital Psiquiátrico de Valladolid contaba con 5 practicantes con un sueldo de 6875 pesetas anuales¹⁹³. En el establecimiento vallisoletano, donde también se habían impartido cursos para enfermeros en 1937, desaparecieron los puestos de enfermeros y vigilantes y se sustituyeron por los denominados “cuidadores” que ocupaban 60 plazas con un salario de 5625 pesetas anuales¹⁹⁴.

Los practicantes no podían abandonar el establecimiento sin autorización del médico del pabellón donde estaban agregados, debiendo dirigirse a éste para cualquier permiso o salida¹⁹⁵, quien, a su vez, lo podía en conocimiento del jefe facultativo. De esta manera, si tenían que ausentarse, la comunicación se llevaba a cabo del siguiente modo:

«Con esta fecha pongo en conocimiento del Señor Jefe Facultativo de este manicomio que me veo obligado a darme de baja en el servicio por encontrarme enfermo. Dios guarde usted los años, Leganés 2 de octubre de 1949. De Arturo Martín-Vegué al Jefe Facultativo del manicomio»¹⁹⁶.

«El que suscribe practicante de este establecimiento pone en conocimiento de usted lo que sigue: no poder tomar el servicio por padecer el día 24 de los corrientes, un proceso febril que requiere mi estancia en cama por prescripción facultativa. Dios guarde a usted muchos años. Firmado Fernando Márquez, Leganés a 26 de julio de 1950. A Aurelio Mendiguchía, Director del Manicomio Nacional de Leganés»¹⁹⁷.

¹⁹² *Jefatura facultativa* “practicantes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹³ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 249-250.

¹⁹⁴ *Ibid*, p. 252.

¹⁹⁵ *Reglamento 1941*, Artículo 13 (6º), p. 8698.

¹⁹⁶ *Jefatura facultativa* “practicantes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

¹⁹⁷ *Jefatura facultativa* “practicantes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

4.2. La plantilla médica

El único facultativo del Manicomio de Leganés durante las primeras décadas fue el médico de la villa de Leganés. En el Reglamento de 1885 se consideró la necesidad de un médico agregado que ejerciera junto al jefe facultativo¹⁹⁸. Sin embargo el salto cuantitativo tuvo lugar durante las primeras décadas del XX, llegando a contar con seis facultativos durante la Segunda República¹⁹⁹, que sólo se regularía de forma oficial con la llegada del Reglamento de 1941²⁰⁰. El personal médico incluía pues un jefe facultativo, dos médicos supernumerarios residentes, un médico auxiliar y un médico del laboratorio de análisis, cuyas funciones estaban especificadas en el Reglamento:

«Artículo 10. Los Médicos residentes tendrán las siguientes atribuciones: 1º Serán de su cargo la visita diaria del departamento que previamente le fuese asignado por el Jefe Facultativo. 2º Vigilar el servicio de su departamento, farmacia y el especial de los practicantes, atender a los enfermos comunes y firmar diariamente el libretín de medicamentos. 3º Hacer las estadísticas mensuales de los enfermos acogidos, altas y bajas para ser entregadas para su visto bueno por la jefatura. 4º Ordenar y autorizar el inventario de los instrumentos, aparatos y efectos propios del servicio, entregando una copia al administrador del establecimiento. Este inventario se ampliara con la relación de los nuevos objetos que se adquirieran y de los que hubiesen sufrido deterioro hasta el punto de resultar inútiles. 5º Estará a su cargo la redacción de las historias clínicas de los enfermos de su departamento, siguiendo en los casos dudosos, la orientación del Jefe Facultativo, cerrándolas y firmándolas según su terminación para su archivo correspondiente. 6º Visitar cuando lo estime oportuno por la tarde, a sus enfermos comunes, dado su estado de gravedad. 7º En los casos de urgencia extrema, cada médico atenderá a los de su servicio y solamente en caso de ausencia podrá ser sustituido por otro de distinto departamento. 8º Todas las sustituciones por permisos, enfermedad o causas imprevistas, serán por orden de rigurosa antigüedad, ocupándose el puesto de jefatura el más antiguo en el nombramiento»²⁰¹.

«Artículo 11. El médico auxiliar estará a las órdenes inmediatas del Jefe Facultativo y de los médicos residentes, y cumplirá cuantos servicios le encomienden inherentes u su especialidad»²⁰².

¹⁹⁸ *Reglamento de 1885*, pp. 447-450.

¹⁹⁹ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), pp. 108-109.

²⁰⁰ *Reglamento de 1941*, pp. 8697-8701.

²⁰¹ *Reglamento de 1941*, Artículo 10, pp. 8697-8698.

²⁰² *Reglamento de 1941*, Artículo 11, p. 8698.

Algunas labores desempeñadas por el jefe facultativo en el siglo XIX habían pasado a los médicos residentes y auxiliares, de modo que el facultativo responsable se ocupaba de la orientación y dirección de las historias clínicas, la colocación de los pacientes en los diferentes departamentos, el control de la farmacia del establecimiento, supervisando, en parte, a los médicos de inferior categoría (residentes y auxiliares). En la siguiente tabla (tabla 4) se realiza una comparativa entre las ocupaciones del jefe facultativo especificadas en el Reglamento de 1885 y las descritas en el del 1941.

REGLAMENTO 1885	REGLAMENTO 1941
Artículo 13. El Jefe Facultativo del establecimiento, además de los deberes que le impone el reglamento del cuerpo facultativo de la Beneficencia General, tendrá las atribuciones siguientes:	Artículo 9. El Jefe Facultativo del establecimiento, además de los deberes que le impone el Reglamento del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General ²⁰³ , tendrá las atribuciones siguientes:
1º. Librar las certificaciones facultativas y entender en todo lo que revista carácter judicial.	1º Será jefe inmediato del personal facultativo, practicantes y enfermeros.
2º. Poner en conocimiento inmediato de la Junta de Patronos que la curación de un demente se ha conseguido.	6º Librar las certificaciones facultativas y entender en todo lo que revista carácter médico oficial.
3º. Anotar en los días 13 y último de cada mes en la hoja clínica las modificaciones y cambios que hubiere experimentado en su forma y curso la indisposición de cada alienado, pasando a la Administración las de los pensionistas, para comunicarlas a las respectivas familias en el porte mensual.	2º Presidirá las Juntas de Profesores, autorizando las estadísticas mensuales que se eleven a la superioridad.
4º. Ordenar la colección de los alienados según el carácter dominante de la respectiva enajenación en los departamentos respectivos , así como también las traslaciones de aquellos de un paraje a otro del Establecimiento.	3º Fijará las horas de visita de los señores médicos, horas de comida y distribución de alimentos.
5º. Designar los alienados que necesiten ser vigilados en completa censura.	10º Será de su cargo la orientación o dirección de las historias clínicas y todo lo que afecte al estudio de las manifestaciones mentales de los alienados.
6º. Nombrar los enfermos que puedan, sin riesgo propio o ajeno, ocuparse en la sala de oficios del trabajo o labor que especifique.	7º Ordenar la colocación de los alienados, según su enfermedad mental, en los distintos departamentos , así como su traslado a otro establecimiento.
7º. Determinar libremente todo lo que corresponde a la alimentación, tratamiento moral, y terapéutico, aseo, ejercicio, distracciones y paseos de los enfermos.	8º Nombrar los enfermos que puedan, sin riesgo propio o ajeno, ocuparse, en la sala de oficios, del trabajo o labor que especifique.
8º. Disponer de cuanto a la higiene haga referencia, con aplicación a los asilados y al medio en el que viven.	9º Determinar las distracciones o paseos de los enfermos.
9º. Decidir cuando se puede visitar a los enfermos, y que clase de personas con quienes se debía de prohibir la comunicación.	4º Fijará las horas y días de entrada de las familias que soliciten comunicarse con los albergados.
10º. Ordenar el inventario de los instrumentos, aparatos, vendajes y efectos propios del servicio sanitario, entregando una copia al Administrador del Establecimiento y archivando el original en la Jefatura Facultativa. Este inventario se ampliará con la relación nominal de los nuevos objetos que se adquieran, pasando igualmente nota al Administrador de los efectos adquiridos y de los que hubiesen sufrido deterioro hasta el punto de resultar inútiles o inservibles.	5º Visará la cuenta de farmacia y los documentos a ella referentes.
11º. Llevar un registro de todos los enfermos que ingresen en el Establecimiento.	

Tabla 4. Comparación de ambos reglamentos en el capítulo referente a las funciones del jefe facultativo.

²⁰³ Reglamento Orgánico del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General. *Gaceta de Madrid*, 29 de octubre de 1904, 301, p.340; y su posterior rectificación en *Gaceta de Madrid*, 24 de septiembre de 1924, 268, pp. 1482-1483.

La frecuencia de anotaciones o registros evolutivos, que debía de ser quincenal según los Reglamentos de 1873²⁰⁴ y 1885²⁰⁵ (los días 13 y último de cada mes se debían indicar las modificaciones y cambios en la hoja clínica), era habitualmente incumplida²⁰⁶. Esta periodicidad, sin embargo, en el de 1941 no estaba determinada. En nuestro análisis, el número de registros evolutivos de las historias clínicas fue mayor que en épocas previas; de hecho, el 35% de las historias tenían más de ocho registros evolutivos recogidos a lo largo de la estancia del paciente en el hospital, y en el 98% de los casos se anotaba más de dos veces en la historia.

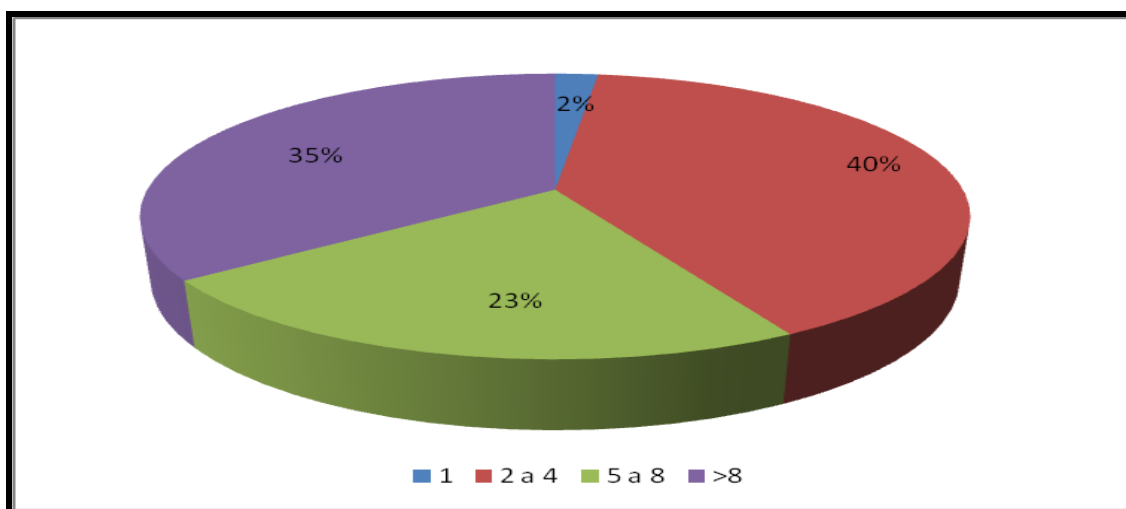


Figura 3. Número de registros evolutivos recogidos en las historias clínicas del Manicomio de Leganés (1939-1952).

Si bien no existe documentación para conocer los períodos de ejercicio profesional de todos los médicos, se ha confeccionado la siguiente tabla (tabla 5) especificando los datos conocidos, según la documentación anexa encontrada en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain²⁰⁷.

²⁰⁴ *Instrucción de 1873*, pp. 50-51.

²⁰⁵ *Reglamento de 1885*, pp. 448-450.

²⁰⁶ La escasez de registros evolutivos ya ha sido descrita en otros trabajos que abordan periodos previos en el manicomio; así se ha visto para los periodos de 1877-1879 en que el manicomio estuvo bajo la dirección de Luis Simarro Lacabra: MORO, A., VILLASANTE, O. (2001), *La etapa de Luis Simarro en Leganés*, *Frenia*, 1(1), 97-119; y para el periodo 1924-1936 en que Fernández Sanz trabajó en la institución como médico consultor y posteriormente como médico facultativo, donde la media de evolutivos no superaba los cinco registros: CANDELA, VILLASANTE (2011), p.211; y TIerno, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007a), pp.329-345.

²⁰⁷ *Jefatura facultativa* “personal, médicos”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

PERSONAL MÉDICO	AÑOS DEL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
Aurelio Mendiguchía Carriche Médico supernumerario residente Jefe Facultativo interino	1939-1952. 1939-1940-; 1949-
José María Moreno Rubio Médico supernumerario auxiliar residente	1941-
Antonio Martín Vegué Médico supernumerario auxiliar interino Médico supernumerario residente	-1942-1949
Enrique Fernández Sanz	-1943-
Alfonso Turrientes Miguel Médico auxiliar interino honorífico	1941-1943.
Luís Morales Noriega Médico interino honorífico	1941-1943
Juan Ignacio Lizárraga	1942-
Ángel Fernández-Sanz Méndez Médico auxiliar residente Médico supernumerario residente	1943-1949, 1950- -1949
Manuel Peraita Peraita Jefe Facultativo	1944-1949.
Enrique Cores Escandón Médico interno interino	1948-1951.
Manuel Rodríguez Martínez Médico interno interino	1949-1951.
Saturnino Naranjo Martínez Médico supernumerario residente interino	1950-
Francisco Javier Mendiguchía	1951-

Tabla 5. Años de ejercicio de profesión del personal médico del Manicomio de Leganés (1939-1952).

Al finalizar la Guerra Civil, Aurelio Mendiguchía Carriche se mantenía en la institución ejerciendo la dirección, puesto que ocupó a los pocos días de estallar la guerra, ya que Enrique Fernández Sanz (1872-1950) había dejado éste al comenzar la contienda²⁰⁸. Si bien desconocemos la fecha exacta, Fernández Sanz volvió a la institución recuperando su puesto como jefe facultativo interino (ocupado hasta

²⁰⁸ Enrique Fernández Sanz, médico neuropsiquiatra de formación francesa y alemana, trabajó desde sus comienzos en el ámbito de la beneficencia, donde ingresó por oposición. Además de su labor asistencial, fue un gran publicista médico dedicado a la salud mental. Ocupó varios cargos como el de la presidencia de la Liga de Higiene Mental en 1927, y en 1930 el de decano de los Manicomios del Estado. Un año después obtuvo la vicepresidencia del Consejo Superior Psiquiátrico e inspector de los Manicomios Nacionales. Sobre Fernández Sanz se puede consultar VALENCIANO GAYÁ, L. (1977), *El Dr. Lafora y su época*, Madrid, Morata, pp. 82-83; MORO, A. (2008), *El histerismo en la obra de Fernández Sanz*. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTEVEZ, J., DEL CURA, M., BLAS, L.V. (coordinadores), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 73-82 y CANDELA, VILLASANTE (2011).

entonces por Mendiguchía Carriche como se acaba de exponer), hasta finales de 1943, momento en que Manuel Peraita obtuvo dicha plaza por oposición. José Moreno Rubio, además de Mendiguchía y Fernández Sanz, también había trabajado en la institución durante la Segunda República como médico supernumerario auxiliar residente en la sección de pobres²⁰⁹. Aurelio Mendiguchía Carriche, fue además alcalde de Leganés durante parte de la guerra y los dos primeros años de la posguerra²¹⁰, y fue sucedido como regidor por Antonio Martín Vegué y Jaudenes que se mantuvo desde 1941 hasta 1947²¹¹.

Aurelio Mendiguchía Carriche, que ya había ejercido como médico supernumerario residente en el manicomio durante la Segunda República, en la posguerra se hizo cargo de las dos secciones del departamento de mujeres (pobres y pensionistas). Su sueldo fue de 8000 pesetas anuales hasta que, en enero de 1949, fue incrementado debido a la ya citada modificación de las dotaciones del personal de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales²¹². Ejerció también como jefe facultativo desde finales de 1949, cuando Peraita enfermó poco antes de morir.

Por otra parte, el 27 de febrero de 1942, el jefe facultativo interino ordenaba a Antonio Martín Vegué, también en la institución desde la Segunda República, que se encargase de la sección de pensionistas de primera y segunda clase del departamento de hombres. Un mes después, el jefe situaba al practicante Manuel Laplana Pintre a cargo de este médico supernumerario auxiliar interino. En enero de 1949, Antonio Martín Vegué pasaba a cobrar 7200 pesetas anuales como médico supernumerario residente hasta el 28 de diciembre de 1949, fecha de su jubilación:

«26 de enero de 1949. El Director General de la Beneficencia y Obras Sociales, en aplicación de la Ley de 23 de diciembre del 1948 que modifica las dotaciones del personal de la Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales, confirma en su cargo a Antonio Martín Vegué como médico supernumerario residente percibiendo el sueldo a partir de 1 enero 1949 de 7200 pesetas anuales»²¹³.

²⁰⁹ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), p. 72.

²¹⁰ MAROTO GARCÍA, M. (2010), *Leganés 1936-1979 (II), de la sumisión a la amnistía. Los alcaldes de Leganés durante el primer franquismo 1936-1949*. www.ciudadanosporelcambio.com, consultado el 20 abril de 2012.

²¹¹ Ibidem.

²¹² *Boletín Oficial del Estado*, 26 de diciembre de 1948, 361, pp. 5791-5792.

²¹³ *Jefatura facultativa* “personal, médicos”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Tan sólo un día después, el médico Ángel Fernández-Sanz Méndez recibía una notificación donde le hacían responsable del departamento de hombres pensionistas sustituyendo a Martín Vegué.

«Con fecha 22 del actual, según oficio recibido en esta jefatura facultativa del día 28, ha sido jubilado en su cargo el médico supernumerario residente D. Antonio Martín-Vegué Jaudenes por lo cual se hará cargo del departamento de pensionistas de hombres a partir de día de hoy. Dios guarde a usted muchos años, Leganés 29 de diciembre de 1949, el Subjefe Facultativo. Al Señor Ángel Fernández-Sanz Méndez, médico residente del Manicomio de Santa Isabel de Leganés»²¹⁴.

Fernández-Sanz Méndez ya estaba trabajando en el establecimiento de Leganés desde la Segunda República, como médico supernumerario auxiliar residente y encargado del laboratorio hasta 1942, cobrando 2500 pesetas anuales²¹⁵. El 13 de abril de 1943 fue propuesto por el tribunal de oposiciones como médico auxiliar residente, y al final de la década con las modificaciones presupuestarias aumentó su sueldo de 3500 pesetas a 6000 pesetas anuales y pasó a ser médico supernumerario residente²¹⁶.

En la documentación estudiada aparecen los nombres de médicos más desconocidos o que desempeñaron sus funciones en la institución poco tiempo como Luís Morales Noriega y Alfonso Turrientes Miguel, nombrados médicos auxiliares interinos con carácter honorífico en diciembre de 1941, y con un sueldo de 5000 pesetas anuales²¹⁷. Turrientes Miguel abandonó su plaza cuando, en 1943, Ángel Fernández-Sanz Méndez la obtuvo por oposición. En febrero de 1942, el facultativo Juan Ignacio Lizárraga Beloso se ocupó del departamento de pensionistas de mujeres, que previamente había estado en manos de Mendiguchía, atendiendo también el laboratorio de análisis clínicos con unos honorarios de 5000 pesetas anuales. A finales de esta primera década de posguerra, en agosto de 1948, también trabajó Enrique Cores Escandón y, en noviembre de 1949, Manuel Rodríguez Martínez, ambos como médicos internos interinos con el sueldo de 5000 pesetas anuales. Apenas un año y medio

²¹⁴ *Jefatura facultativa* “personal, médicos”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁵ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), pp. 71-72.

²¹⁶ La Ley de 23 de diciembre de 1948 modificaba las dotaciones del personal de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. Para los médicos del Manicomio de Leganés eran: un médico supernumerario residente con sueldo de 8400 pesetas anuales, otro con 6000 pesetas anuales y otro con gratificación de 7200 pesetas anuales. En: *Boletín Oficial del Estado*, 26 de diciembre de 1948, 361, pp. 5791-5792.

²¹⁷ Los sueldos anuales de los facultativos en el Manicomio de Leganés durante la Segunda República oscilaron entre 2500 y 4000 pesetas anuales. En: TIERNO, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007b), p. 111. No existe información sobre los sueldos de los empleados durante la guerra.

después ambos facultativos recibieron desde la jefatura facultativa una serie de advertencias y ajustes de horarios por un desempeño laboral incorrecto. Después de recibir quejas por parte de algunos familiares de pacientes, se les suspendió de sus funciones, empleo y sueldo durante el mes de febrero de 1951. En marzo de ese mismo año el jefe facultativo solicitó y consiguió la baja definitiva del facultativo Manuel Rodríguez Martínez y, en diciembre, Enrique Cores también dejaba de trabajar en la institución renunciando a su plaza. Este último facultativo se hallaba en jornada de guardia cuando ocurrieron unos incidentes, ya citados en un apartado previo²¹⁸, con pacientes que salieron con motivo de las fiestas locales de Leganés en 1948.

Por último citar a Saturnino Naranjo Martínez, que apenas trabajó un año (desde marzo de 1950 hasta agosto de 1951) y a Francisco Javier Mendiguchía, quien sustituyó al anterior que renunció en Octubre de 1951. Este último, hijo de Aurelio Mendiguchía, fue médico supernumerario residente interino con el sueldo de 7.200 pesetas anuales²¹⁹.

Si bien no se ha realizado un estudio detallado para comparar los sueldos con otras instituciones, si se aprecian diferencias significativas entre el personal dependiente de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales y el que dependía de las diputaciones provinciales. Ejemplo de ello son los seis facultativos del hospital psiquiátrico de Valladolid que, en 1949, cobraban uno de ellos 15000, tres de 11875 y un médico que cobraba 8750 pesetas anuales²²⁰.

Sin duda el médico más representativo de esta plantilla, y que merece una consideración especial, fue Manuel Peraita Peraita.

4.3. La formación neuropsiquiátrica de Manuel Peraita Peraita (1908-1950)

Manuel Peraita, neurólogo y psiquiatra de formación germánica, fue sin duda una figura relevante en la institución durante el período de estudio. Nació en Madrid, estudió medicina en San Carlos y fue admitido en el Laboratorio de Neurofisiología del Instituto Cajal de investigaciones biológicas (CSIC) junto al profesor Negrín, aunque su formación clínica tuvo lugar al lado de Sacristán en el Manicomio de Mujeres de

²¹⁸ El documento de los sucesos esta reproducido en el apartado 3.2 -Las salidas temporales de los alienados-, y pertenece a la documentación anexa catalogada como *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²¹⁹ El cargo de médico supernumerario residente con gratificación de 7200 era el que hasta 1949 tenía Antonio Martín Vegué hasta su jubilación. *Jefatura facultativa* “personal, médicos”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²²⁰ En enero de 1950 el Hospital Psiquiátrico de Valladolid contaba con una población manicomial de 922 ingresados. GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 328-330.

Ciempozuelos desde 1931 hasta 1933²²¹. Así mismo, cooperó en la revista *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, siendo el primer secretario de la redacción y publicando en ella varios artículos.

Escribió sus primeros trabajos junto a Severo Ochoa y Francisco Grande Covián continuando sus estudios en neurología gracias a una beca que obtuvo en 1933 por parte de la Junta de Ampliación de Estudios al lado del profesor Ottfrid Foerster en Breslau²²². Tras permanecer becado en Alemania, en 1935 una lesión tuberculosa le hizo regresar a Madrid donde permaneció durante toda la Guerra Civil, estudiando a pacientes carenciales junto a Grande y Llopis²²³. Colaboró en el Hospital San Carlos con López Ibor hasta 1942, y fue propuesto por éste para el cargo de profesor auxiliar de la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Madrid²²⁴.

En 1941, Manuel Peraita junto a Grande Covián describieron a través de importantes trabajos, como fueron el libro *Avitaminosis y sistema nervioso*²²⁵ o la monografía *Vitaminas y Sistema nervioso*²²⁶, la pluralidad de síndromes de evidente origen carencial que hicieron su aparición en Madrid durante la Guerra Civil²²⁷.

Respecto a las enfermedades carenciales como la pelagra clásica, fueron ampliamente investigadas por Llopis y Peraita durante la Guerra Civil y la inmediata

²²¹ Junto a Sacristán publicaron en esos años: SACRISTAN, J. M., PERAITA, M. (1933), El metabolismo del bromo en la psicosis maniaco depresiva, *Archivos de Neurobiología*, 13 (1), 1-5.

²²² Años después escribiría sobre ese periodo de trabajo en Alemania en la Clínica de Foerster: PERAITA, M. (1946a), Otfried Foerster y su época, *Actas Españolas de Neurobiología y Psiquiatría*, 4, 2-18.

²²³ GARCÍA-ALBEA RISTOL, E. (1999), Las neuropatías carenciales en Madrid durante la Guerra Civil, *Neurología*, 14 (3), 122-129.

²²⁴ Pocos meses después del fallecimiento de Manuel Peraita, López Ibor le dedicó unas líneas: LÓPEZ IBOR, J. J. (1950), Necrológicas, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 9 (1), 53-56. Junto a dicho autor publicaría trabajos como: LÓPEZ IBOR, J. J., PERAITA, M. (1941a), Sobre latirismo, *Actas Españolas de Neurología Psiquiatría*, 2, 25-33; LÓPEZ IBOR, J. J., PERAITA, M. (1941b), Hemangioma epidural, *Actas Españolas de Neurología Psiquiatría*, 2, 93-116.

²²⁵ GRANDE, F., PERAITA, M. (1941a), *Avitaminosis y Sistema Nervioso*. Barcelona, Miguel Servet.

²²⁶ GRANDE, F., PERAITA, M. (1941b), *Vitaminas y sistema nervioso*, *Revista Clínica Española*, 2 (3), 210-232.

²²⁷ Publicaron un estudio de 300 casos con diversos síndromes nerviosos y mentales de naturaleza avitaminica y agruparon los diferentes complejos sintomáticos nerviosos carenciales en: *Grupo 1º sin alteraciones cutáneas: síndrome parestésico, síndrome parestésico-causálgico, neuritis óptica retrobulbar, mielopatías funiculares, neuritis coclear, formas mixtas y de transición. Grupo 2º con alteraciones cutáneas pelagrosas: pelagra más manifestaciones parestésicas de tipo simple, pelagra más manifestaciones parestésico-causálgico, pelagra más neuritis óptica retrobulbar, pelagra más neuritis coclear, pelagra sin manifestaciones parestésicas, pelagra asociada a cuadros nerviosos complejos* Ibidem; y PERAITA, M. (1943), La clínica de las neuropatías carenciales observadas en Madrid, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 32-53.

posguerra. Además de la conocida obra de Llopis *Psicosis pelagrosa*²²⁸, publicó otros trabajos sobre los trastornos psíquicos causados por la pelagra²²⁹.

Si bien Peraita también escribió sobre dicha patología²³⁰, sus aportaciones estuvieron centradas en las neuropatías carenciales que observó en Madrid durante la contienda y la descripción de lo que él denominó *El complejo sintomático de Madrid o síndrome de Madrid: síndrome parestésico-causálgico*²³¹, que obedecía a la ausencia en la dieta de un factor distinto a la tiamina, el ácido nicotínico y la riboflavina²³². Sobre las neuropatías carenciales en la Guerra Civil, Isabel Del Cura desarrolla una minuciosa descripción en su tesis doctoral *Problemas epidemiológicos, médicos y sociales del latirismo en España*²³³.

El hallazgo de Peraita pudo ser confirmado al demostrar Coluther Gopalan (1918-?) en la India que un síndrome similar conocido como *Síndrome Burning feet o Síndrome de Grierson-Gopalan* se curaba al administrar ácido pantoténico²³⁴. Sobre Gopalan y la carencia de esta vitamina, Peraita respondía al periódico *El Alcazar*, en mayo de 1947, a la salida de una conferencia sobre “Avitaminosis y sistema nervioso” en el servicio de neuropsiquiatría del Hospital General:

²²⁸ LLOPIS, B. (1946a), *Psicosis pelagrosa*, Barcelona, Ed. Científico-Médica.

²²⁹ LLOPIS, B. (1940), La psicosis pelagrosa nervioso, *Revista Clínica Española*, 2 (3), 210-232; LLOPIS LLORET, B. (1940), La psicosis pelagrosa, la psicopatología general y la nosografía psiquiátrica, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 174-193; LLOPIS, B. (1943), Los trastornos psíquicos en la pelagra (enfermedad de Casal), *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 7-31; LLOPIS, B. (1946b), Relaciones reciprocas entre pelagra y psicosis, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 229-34.

²³⁰ MARQUEZ, J., PERAITA, M. (1940), Los capilares en los síndromes neurológicos de la pelagra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 198-219; PERAITA, M. (1940), Efectos terapéuticos del ácido nicotínico sobre los síntomas nerviosos y mentales de los pelagrosos, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 97-105; PERAITA, M., MARQUEZ BLASCO, J. (1940), Temperatura cutánea y regulación vasomotora en enfermos avitamínicos, (grupo de la pelagra), *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 219-241.

²³¹ PERAITA, M. (1947a), El complejo sintomático de Madrid: síndrome parestésico-causálgico, *Revista Clínica Española*, 26 (4), 225-234.

²³² PERAITA, M. (1946b), Deficiency neuropathies observed in Madrid during the civil war (1936-1939), *The British Medical Journal*, 23, 784.

²³³ DEL CURA, I. (2004), *Problemas epidemiológicos, médicos y sociales del latirismo en España*, Tesis doctoral, UAM. Otros trabajos publicados por Isabel Del Cura que se pueden consultar para profundizar en el tema: DEL CURA, I., HUERTAS, R., (2007), *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947*, Madrid, CSIC; DEL CURA, I., HUERTAS, R., (2008), The siege of Madrid (1937-1939). Nutritional and clinical studies during the Spanish civil war, *Food & History*, 6 (1), 193-214. Sobre el síndrome parestésico causálgico podemos leer también HUERTAS, R., DEL CURA, I. (2010), Deficiency Neuropathy in Wartime: The “Paraesthetic-Causalgic Syndrome” Described By Manuel Peraita During the Spanish Civil War, *Journal of the History of the Neurosciences*, 19, 173-181.

²³⁴ PERAITA, M. (1947b), Avitaminosis y sistema nervioso. (Recientes avances), *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 230-5; PERAITA, M. (1949a), Las neuropatías carenciales en la segunda guerra mundial, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 8, 167-195.

«¿Una nueva vitamina indispensable para el sistema nervioso? Encontramos al doctor Peraita en el momento en que se dispone a salir para el manicomio de Leganés del cual es director y le preguntamos sobre los recientes avances a los que se ha referido en su conferencia sobre *Avitaminosis y sistema nervioso* en el servicio de neuropsiquiatría del Hospital General.-Para contestar con algún detalle a su pregunta tendría que repetirle mi conferencia y naturalmente ni usted ni yo estamos dispuestos a ello. En mi disertación quise hacer resaltar sobretudo la aportación de los médicos al conocimiento de este interesante problema. Que concierne a la significación de las vitaminas para el sistema nervioso. Como resultado de una serie de investigaciones en Madrid efectuadas durante la guerra, llegué a la conclusión de que el sistema nervioso precisaba para su normal funcionamiento de alguna vitamina más que las hasta entonces consideradas indispensable para este fin. Y hace aproximadamente un año el Doctor Gopalan de Coonoor (India), ha observado entre los habitantes de algunas regiones de la península indostánica sometidos a una alimentación insuficiente, trastornos enteramente análogos a los que surgieron en Madrid. Al mismo tiempo ha confirmado nuestra tesis acerca de la existencia de una nueva vitamina que parece ser indispensable para la normalidad nerviosa. Dicha vitamina es el ácido pantoténico»²³⁵.



Figura 4. Recorte del periódico *El Alcázar*, Madrid, 22 de mayo de 1947.

²³⁵ *El Alcázar*, Madrid, 22 de mayo de 1947.

Su compañero Carlos Castilla del Pino ensalzó sus conocimientos en neurología y dominio del alemán²³⁶, que le permitió realizar traducciones como la del libro de Hoffmann, *La teoría de los estratos psíquicos*.

«López Ibor, Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General, era, por así decirlo, más psiquiatra que neurólogo. Al ocupar el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General de Madrid, recibió la influencia de uno de los más grandes neurólogos españoles, que ocupó la dirección del Servicio de Psiquiatría de Leganés: Manuel Peraita. A Peraita le ocurría lo contrario que a López Ibor, que era más neurólogo que psiquiatra. Se había formado en Alemania con Förster y Altenburger y la Psiquiatría le venía, por así decirlo, por añadidura. En Madrid, todo psiquiatra que se preciase de tal debía de saber Neurología, y todo neurólogo que se preciase de tal debía de saber Psiquiatría y, a ser posible, también Neuropatología, sobre todo si se tenían las pretensiones, como las tenía yo, de acceder con cierto decoro a una cátedra universitaria»²³⁷.

Finalizada la Guerra Civil, Peraita se hizo cargo del departamento de psiquiatría del Hospital General, donde López Ibor fue jefe de servicio. Allí trabajó como psiquiatra junto a Bartolomé Llopis, entre otros profesionales y, tras la marcha de Peraita al Manicomio de Leganés, Castilla del Pino, estudiante en el Hospital General, se hizo cargo de la sala antes regentada por Manuel Peraita²³⁸.

4.4. La incorporación de Manuel Peraita Peraita al Manicomio de Leganés

Peraita fue nombrado por oposición jefe facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés²³⁹, desempeñando una actividad asistencial desde 1944 hasta finales de 1949 poco antes de su fallecimiento, trabajando además paralelamente como profesor en el Hospital de la Princesa²⁴⁰. Las condiciones, requisitos y documentos para las oposiciones a la plaza de jefe facultativo del Manicomio de Leganés, habían sido publicadas en mayo de 1942 y debían entregarse al Director General de la Beneficencia²⁴¹. La plaza estaba dotada con 5000 pesetas anuales y, además de ésta, fue convocada otra plaza de médico auxiliar residente, cuyo sueldo anual sería de 3000

²³⁶ CASTILLA DEL PINO, C. (2007), Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica, *Revista de la AEN*, 99, 105-118. p. 106.

²³⁷ CASTILLA DEL PINO, C. (1997b), *Pretérito imperfecto*, Barcelona, Tusquets, p. 487.

²³⁸ CASTILLA DEL PINO (1997b), p. 392.

²³⁹ *Boletín Oficial del Estado*, 4 de abril de 1943, 94, pp. 2970-2971.

²⁴⁰ CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007b), Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés, *Revista de la AEN*, 99 (1), 119-141, p. 127.

²⁴¹ Las oposiciones se efectuarían transcurridos 3 meses publicándose en el BOE, según una disposición de la Orden del 6 de marzo de 1942; *Boletín Oficial del Estado*, 18 de mayo de 1942, 138, pp. 3501-3502.

pesetas. Es significativo señalar que la primera convocatoria en la que se describía un examen en dos partes (la primera tendría cuatro preguntas teóricas sobre psiquiatría y neurología y la segunda el examen clínico de un caso) se declaró desierta en abril de 1943²⁴², por lo que fue necesaria una segunda convocatoria²⁴³. El temario de la oposición fue el mismo que el anunciado para la primera convocatoria²⁴⁴. En noviembre convocaron a los aspirantes para proceder al sorteo que fijaba el orden de intervención²⁴⁵.

Aprobada la oposición, Manuel Peraita se incorporó al Manicomio de Leganés en 1944, recibiendo poco después la visita de Spillane²⁴⁶. El mismo año de su llegada, Manuel Martínez, Director General de la Dirección General de Beneficencia, solicitó a Peraita que junto a López Ibor preparasen una ponencia con el programa de necesidades para construcción de “un gran Manicomio Modelo”²⁴⁷.

«Ministerio de Gobernación. Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. Sección 1ª, Número 13.134. Con esta fecha se dice por esta Dirección General al Sr. Decano-Jefe del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General, lo siguiente: Para ilustrar a este Ministerio en la realización de su propósito de construir un gran Manicomio Modelo y a fin de que personas competentes en la materia orienten a la ejecución del proyecto y presupuestos, formulando un programa de necesidades. Esta dirección general ha acordado, al fin expresado, que, bajo su presidencia, se constituya una Ponencia integrada por el Director Facultativo del Manicomio de Leganés, Don Manuel Peraita y el Catedrático de Medicina y Psiquiatría del Hospital Provincial, Don José López Ibor. Lo traslado a usted para su conocimiento y efectos. Dios guarde a usted muchos años. Madrid, 22 de Agosto de 1944. El Director general (Manuel Martínez). Sr. Don Manuel Peraíta, Jefe Facultativo del Manicomio de Santa Isabel de Leganés»²⁴⁸.

²⁴² En febrero de 1943 se publicó la convocatoria: el 8 de marzo de 1943, “a las 7 de la tarde, en el salón de actos del hospital de la Princesa”. Véase *Boletín Oficial del Estado*, 26 de febrero de 1943, 57, p. 1892; la plaza se declaró desierta en el *Boletín Oficial del Estado*, 1 de abril de 1943, 91, p. 2883.

²⁴³ Nombradas por Orden de 27 de Marzo de 1943, y publicado el 1 de abril de 1943. En: *Boletín Oficial del Estado*, 4 de abril de 1943, 94, pp. 2970-2971.

²⁴⁴ *Boletín Oficial del Estado*, 4 de enero de 1943, 4, pp. 127-130; *Boletín Oficial del Estado*, 19 de agosto de 1943, 231, p. 8077.

²⁴⁵ *Boletín Oficial del Estado*, 5 de noviembre de 1943, 309, p. 10686.

²⁴⁶ La visita de Spillane quedó plasmada en unas fotografías que nos mostraron sus hijas Rosa y Herminia Peraita en una entrevista personal que hemos tenido con ellas, a quienes agradecemos su amable colaboración.

²⁴⁷ Recordamos sobre el fracaso del proyecto del Manicomio modelo podemos leer PESET (1995), VILLASANTE (1999a), pp. 469-479; VILLASANTE (2002a), pp. 139-162; VILLASANTE (2003a), pp. 3-23.

²⁴⁸ *Jefatura facultativa* “oficios del ministerio de gobernación”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Aunque no hemos encontrado la referida ponencia, en febrero de 1945, Peraita, a través de la Administradora-Depositaria del Establecimiento, solicitó a la Dirección General de Beneficencia la instalación de unos servicios de rayos X, laboratorios y quirófanos, utilizando para ello las habitaciones destinadas al capellán del establecimiento. El servicio de rayos X fue instalado ya que a finales de junio de ese mismo año, Peraita solicitaba las placas al Hospital de la Princesa para probar el funcionamiento de la maquinaria colocada:

«Ministerio de Gobernación. Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. Sección 1ª, Número 4582. Con fecha 20 de diciembre último, la Administradora- Depositaria interina de ese establecimiento, me dice, entre otros particulares lo que sigue: Al propio tiempo y como de ser nombrado este padre, no tendría necesidad de vivir en el Establecimiento, por radicar en esta localidad el Colegio el cual regenta, y teniendo necesidad de habilitar la casa destinada al capellán para la instalación de los servicios de Quirófano, rayos X, y otros concebidos por V. I. recientemente, solicito la autorización de V.I para la habilitación de dicha vivienda, comprometiéndome por mi parte a facilitar al que en propiedad se nombre, Casa-Habitación, bien en el Establecimiento o fuera de él. Ilmo. Señor»²⁴⁹.

«En contestación a su oficio fecha 22 de febrero último, número 4582, teniendo el honor de manifestar a V. I. que careciendo en este manicomio de local adecuado para la instalación de los servicios sanitarios recientemente concebidos y como tenemos la ocasión de poder utilizar la casa habitación del capellán que tiene las mejores condiciones para la instalación de todos los servicios, como son laboratorios, rayos X, quirófano, etc., estando centralizados todos ellos, permito proponer a V.I, la necesidad y conveniencia de su instalación en los referidos locales»²⁵⁰.

Durante su estancia como director del Manicomio de Leganés realizó algunas aportaciones científicas, tales como los trabajos publicados junto a Ángel Fernández-Sanz Méndez en 1946 en la *Revista Clínica Española* con casos clínicos de pacientes ingresados en la institución²⁵¹. Entre 1944 y 1945, tal como ya se ampliará en el capítulo cuatro, proyectó y efectuó la construcción de unos pabellones de talleres de

²⁴⁹ Jefatura facultativa “oficios del ministerio de gobernación”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁵⁰ Jefatura facultativa “oficios del ministerio de gobernación”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁵¹ PERAITA, M., FERNÁNDEZ-SANZ MÉNDEZ, A. (1946), Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquídea de penicilina, *Revista Clínica Española*, 2 (20), 2, 144-145; PERAITA, M. (1946c), Acerca del tratamiento de la parálisis general progresiva, según el método de D. Goldmann, *Revista Clínica Española*, 2 (33), 3, 227-237.

terapia ocupacional que incluían carpintería, sastrería y salas de tratamientos²⁵². Si bien dichas estructuras físicas donde se desarrollaban los talleres no se conservan actualmente, sí se guardan los planos sobre papel que efectuó Manuel Martínez Chumillas, arquitecto de la Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales²⁵³ (anexo 3). Otros documentos oficiales dan prueba de ello, como por ejemplo una respuesta del Ministerio de Gobernación de mayo de 1947 aprobando los gastos propuestos por el arquitecto de la Beneficencia²⁵⁴ (anexo 4). También en ese año aparecía en *ABC* la visita del profesor de la Facultad de psicología y psiquiatría de la Universidad Católica de Washington Th. V. Moore, junto a José Germain en el Manicomio de Leganés²⁵⁵.

Dos años después, en octubre de 1949 el presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Antonio Vallejo Nágera, solicitaba información al jefe facultativo sobre el número de psiquiatras que ejercían en el establecimiento de Leganés.

«Interesando a la subsecretaría del Ministerio de la Gobernación, el conocer plazas vacantes de médicos psiquiatras que puedan existir en los establecimientos oficiales, con objeto de convocar la oposición le agradecería que comunicase a esta asociación las que haya en ese de su digna dirección a fin de cumplimentar la orden de la superioridad. Dios guarde a usted muchos años. Ciempozuelos a 1 de octubre de 1949, Del presidente de la Asociación al Director del Manicomio de Leganés»²⁵⁶.

«En contestación a su oficio de fecha primero de los corrientes tengo el honor de participar a usted que en el día de la fecha no existe vacante alguna de médicos en este establecimiento, estando todas ellas ocupadas. Dios guarde usted muchos años, a Leganés 8 de octubre de 1949»²⁵⁷.

Un mes después, y tras recibir un escrito del Director Provincial del Instituto Nacional de Estadística requiriendo el movimiento de pacientes durante ese año, desde la dirección del establecimiento se envió un documento oficial con el censo de la

²⁵² Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): códigos de referencias (08) 25 44 /2848, y (08) 25 44 /3107. Se puede encontrar referencias a estos pabellones en GIMENO ÁLAVA, A. (1986), *Neurología de ayer*, Manuel Peraita Peraita (1908-1950), *Revista Española de Neurología*, 1, 41-48.

²⁵³ Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): códigos de referencias (08) 25 44 /2848.

²⁵⁴ Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): códigos de referencias (08) 21 44/3108.

²⁵⁵ *Abc de Madrid*, 17 de junio de 1947, p. 5.

²⁵⁶ *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁵⁷ *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

población manicomial, el personal adherido al establecimiento y las instalaciones²⁵⁸ (anexo 5). El documento comenzaba por describir el establecimiento que, dependiente del Ministerio de Gobernación de la Sección de Beneficencia, estaba sostenido con fondos del Estado con un presupuesto anual en personal de 218.875 pesetas. Se afirmaba que los acogidos eran enfermos mentales de ambos sexos mayores de 17 años y que el enfermo pensionista debía pagar, según categoría, 10 y 7,50 pesetas. Estas tarifas, las mismas que las estipuladas en el Reglamento de 1941, no habían aumentado a pesar de que habían transcurrido casi diez años desde la entrada en vigor del Reglamento. En el documento se especificaba que el número de acogidos de 17 a 65 años era de 349 (171 varones y 178 hembras) y que el número de camas era de 363 (185 para hombres y 178 para mujeres). Una oferta de plazas discretamente menor que las 400 estipuladas por el Reglamento de 1941, quizá porque las ampliaciones y mejoras de los pabellones señaladas anteriormente no fueron tan grandes como las previstas inicialmente.

Se describió que el Manicomio contaba con un quirófano, una sala de rayos X, una sala de electrochoque y tres talleres de aprendizaje o reeducación (uno para trabajos de madera y otros dos para labores) y que el servicio médico lo formaban un médico internista y 4 neuropsiquiatras. El resto del personal lo constituían 3 practicantes como personal auxiliar, 18 religiosas hijas de la caridad, 3 plazas de personal administrativo y 43 de personal subalterno sin especificar²⁵⁹. El personal sanitario y subalterno había disminuido en al menos en diez plazas con respecto a las plazas ocupadas durante la Segunda República²⁶⁰, quizá ocupadas o sustituidas por el personal religioso de la institución.

²⁵⁸ Documento oficial del Instituto Nacional de Estadística, Censo de Establecimientos Benéficos y Sanitarios, fechado el 2 de noviembre de 1949. *Jefatura facultativa* “estadísticas”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁵⁹ Ibidem. Según la ya mencionada Ley de 23 de diciembre de 1948 por el que se modifican las dotaciones del personal de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales, los salarios para mecánicos y auxiliares del Manicomio de Leganés eran las siguientes: Un celador de departamento con el sueldo de 4750 pesetas, un maquinista para el balneario y lavadero mecánico, con el sueldo de 4750 pesetas, un barbero con el sueldo de 3750 pesetas. En el BOE apareció una ampliación de la Ley de 23 de diciembre de 1948, que modificaba las dotaciones del personal de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. En: *Boletín Oficial del Estado*, 26 de diciembre de 1948, 361, pp. 5791-5792.

²⁶⁰ Durante la Segunda República las plazas la ocupaban veinticinco enfermeros externos, diez criadas lavanderas de servicio, dieciocho encargadas del régimen y servicio interno del manicomio. TIerno, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007b), p. 111.

CAPÍTULO II

DEMOGRAFÍA Y MOVIMIENTOS DE LA POBLACIÓN MANICOMIAL

En el presente capítulo describiremos el perfil socio-demográfico de los pacientes ingresados en el Manicomio Nacional de Leganés desde la finalización de la Guerra Civil en 1939 hasta 1952. Así mismo analizaremos los movimientos poblacionales (ingresos, altas, traslados y defunciones) de la institución y los índices de mortalidad general y específica en el interior del manicomio.

Las fuentes utilizadas para el estudio han sido el material archivístico del establecimiento psiquiátrico del citado período. Este material, que merece la pena describir a continuación, incluye las historias clínicas de los pacientes que se encuentran guardadas en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain de Leganés, así como los partes estadísticos de la población manicomial del establecimiento enviados mensual y anualmente por el jefe facultativo a la Dirección General de Sanidad.

1. LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL MANICOMIO EN LA POSGUERRA

1.1. Hoja de entrada y vicisitudes

La *Hoja de entrada y vicisitudes* del Manicomio de Leganés fue un documento vigente desde el siglo XIX que se podía encontrar durante toda la historia del manicomio²⁶¹, disminuyendo en un gran número de historias durante el periodo de la guerra²⁶². Es el documento principal dentro de la historia clínica y el que más frecuentemente se ha encontrado, hallándolo en la casi totalidad de las historias de los pacientes ingresados durante nuestro período de estudio. Este impreso a doble folio tenía por objeto reseñar, en primer lugar, los datos sociodemográficos del asilado (nombre del enfermo y de sus padres, edad y lugar de nacimiento, estado civil y lugar de residencia), así como algunos datos relacionados con el internamiento hospitalario (la autoridad o particular que promovía el expediente de ingreso, la disposición judicial o administrativa que ordenaba la reclusión y la categoría con la que ingresaba -pobre o pensionista-) (anexo 6). La mayoría de las historias contaban con una fotografía tamaño

²⁶¹ Encarnación Mollejo ya recoge en su libro una *hoja de entrada y vicisitudes* correspondiente a una historia clínica del año 1866. MOLLEJO APARICIO, E. (2011), *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*, Madrid, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, p. 509.

²⁶² Durante la guerra hay historias clínicas que, únicamente constan de pequeñas cuartillas de papel y escasos datos del paciente escritos a mano. VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2008), *Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)*, *Frenia*, 8, 69-96, p. 73; VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, P. (2012), *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*, Tesis doctoral, UCM, p. 151.

carnet grapada en la primera cara del documento. Las fotografías de pacientes en las historias clínicas del Manicomio de Leganés estaban presentes desde los años 20 y no fue un hecho exclusivo en esta institución. Hugh Welch Diamond considerado como padre de la fotografía psiquiátrica ya describió su interés²⁶³. Su uso en otras instituciones españolas como el Manicomio de Valencia ha sido referido por Heimann²⁶⁴.

La segunda y tercera parte de la *Hoja de entrada y vicisitudes* estaban destinadas a recoger los datos clínicos. En el apartado correspondiente al “Reconocimiento de entrada” se incluía la estatura, temperamento, constitución y padecimiento (diagnóstico clínico inicial). El resto del documento lo completaba el espacio destinado al “Extracto de su historia clínica y vicisitudes” donde se anotaban los antecedentes y que se recogían detallando la fecha (año, mes y día). Además se registraba la evolución de la enfermedad hasta el momento del alta. El número de anotaciones evolutivas fue muy variado según los diferentes periodos de la institución, llegando en los años de la guerra a incluir únicamente una descripción del paciente al ingreso y una pequeña nota al alta²⁶⁵; incluso en algunas épocas las anotaciones se acumulaban con sucesivos “idem”²⁶⁶.

²⁶³ La incorporación de fotos en las historias clínicas era una práctica habitual de los hospitales psiquiátricos desde el siglo XIX. En 1856 Hugh Welch Diamond impartió una conferencia sobre la utilidad de la fotografía, defendiendo las funciones para los enfermos mentales, como el registro de los aspectos de los enfermos con fines diagnósticos o clasificatorios, bien como medio identificatorio para posibles readmisiones, etc. Se puede consultar el blog de Oscar Martínez Azumendi, en: <http://www.psiquifotos.com/2008/08/si-empezamos-por-el-principio-y-sin-que.html>, consultado el 10 de mayo de 2012; y MARTÍNEZ AZUMENDI, O. (2008), Fotografía y psiquiatría, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (1), 63-75; BUDA, O. (2010), The face of madness in Romania: the origin of psychiatric photography in Eastern Europe, *History of Psychiatry*, 21, 278-293.

²⁶⁴ HEIMANN, C. (2006), El manicomio de Valencia 1900-1936. En LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPE, H., *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479, 425.

²⁶⁵ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 151.

²⁶⁶ Como ocurrió durante el periodo de 1877-1879 en el cual el manicomio estuvo bajo la dirección de Luis Simarro Lacabra: MORO, A., VILLASANTE, O. (2001), La etapa de Luis Simarro en Leganés, *Frenia*, 1 (1), 97-119. Y para el periodo 1924-1936 en el cual Fernández Sanz trabajó en la institución como médico consultor y posteriormente como médico facultativo: CANDELA, R., VILLASANTE, O. (2011), Las historias clínicas en el Manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosología kraepeliniana. En MARTÍNEZ AZUMENDI, O., SAGASTI, N., VILLASANTE, O. (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid, AEN, pp. 201-220; y TIerno, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007a), La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el Manicomio Nacional de Leganés. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 329-345.

El mismo día del ingreso se rellenaba el apartado de datos sociodemográficos por parte del personal administrativo²⁶⁷; el resto de apartados de la historia tenían que ser cumplimentados por un médico, el jefe facultativo, o el médico responsable del departamento al que fuese derivado el paciente. El reconocimiento clínico del paciente se realizaba generalmente al día siguiente; no obstante en alguna historia clínica vemos como transcurría hasta una semana desde su fecha de internamiento. En la mayoría de las historias tan sólo se registraban el padecimiento o diagnóstico de entrada; rara vez los médicos reflejaron el temperamento o la constitución y, en ningún caso, plasmaron la estatura del asilado.

La descripción inicial variaba según el clínico que la llevara a cabo, pudiendo ir desde una rigurosa exploración psicopatológica hasta una amplia descripción del encuadre de la entrevista, aspecto y actitud del paciente así como una recogida minuciosa de antecedentes personales y familiares. Estos últimos datos se rescataban a veces mediante una entrevista posterior a los familiares, ya que el paciente era incapaz de aportar dicha información.

Un documento de Manuel Peraita redactado el 20 de julio de 1944 a los familiares de un interno decía así:

«Carta a los familiares: Muy señor es imprescindible para el tratamiento del enfermo D. tener los antecedentes patológicos tanto personales como familiares así como las distintas manifestaciones mentales que han dado lugar a su reclusión. Le ruego se pase por esta dirección facultativa en la mayor brevedad los días laborales martes, jueves y sábados de 10 a 12 de la mañana pues de no tener los referidos datos debería darle el alta definitiva en el establecimiento»²⁶⁸.

A continuación y a modo de ejemplo mostramos un primer registro evolutivo redactado por Manuel Peraita en marzo de 1945 al día siguiente del ingreso de una paciente con esquizofrenia.

«Se presenta correcta en el despacho. Tranquila, adecuada. Rapport normal. Correctamente orientada auto y alo psíquicamente. No se explica su ingreso aquí. Niega todo trastorno mental. Al invitarla a que nos explique en virtud de que motivos ha ingresado aquí, dice que su hermano ha quedado en

²⁶⁷ Algunos datos de filiación y sociodemográficos ya eran recogidos en las historias de pacientes mediados del siglo XIX. También se podían encontrar en otras instituciones como en Zaragoza; RODRÍGUEZ PÉREZ, E. (1980), *La asistencia psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX*, Zaragoza, CSIC.

²⁶⁸ *Jefatura facultativa* “modelos de informes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

venir hoy a las 12 y el nos explicará todo. Explica ahora que al terminar la guerra se quedó muy débil y la llevaron a D. Ángel. El cuadro permanece aproximadamente el mismo. Persisten sus vivencias alucinatorias aun cuando con poco influjo (sic) en la personalidad. Ella se comporta más bien pasivamente respecto a éstas. La afectividad apagada. No existe crítica respecto a la enfermedad»²⁶⁹.

Otros trabajos sobre instituciones psiquiátricas como los efectuados sobre el Manicomio de Conxo²⁷⁰ o el Manicomio de Valencia han detallado los documentos de las historias clínicas que, en estos casos, contenían un cuadernillo impreso compuesto por un encabezamiento y una historia semiestructurada²⁷¹.

1.2. Cuestionario interrogatorio

Otro documento que se encontró adjunto en las historias clínicas fue un *cuestionario interrogatorio* que ocupaba también dos folios a doble cara y que era normalmente cumplimentado por un familiar del paciente (anexo 7). Se registraba el nombre del acompañante y su apariencia (física, intelectual y moral, si era cooperador, abnegado o inteligente). Se tomaban los antecedentes familiares generales (edad, educación, inteligencia, moralidad, costumbres, carácter, humor) y específicos (antecedentes de locura, extravagancia, retraimiento, alcoholismo, tuberculosis, sífilis, adicción a morfina, acto suicida, intento criminal, abortos...), además de las condiciones del hogar (vivienda, mobiliario, limpieza, comodidad, condiciones sanitarias), económicas (si vivían de la caridad, actividad laboral...) y las relaciones entre miembros familiares. Por último se juntaban los antecedentes personales sobre cuestiones escolares (por ejemplo el lugar que ocupaba en clase), laborales o médicas; aspectos como el carácter (indisciplina, pereza, inestabilidad, desobediencia, grosero,

²⁶⁹ Historia clínica 1458. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Era una mujer viuda de 49 años que ingresó el 19 de marzo de 1945 como pensionista de primera clase. Fue diagnosticada de esquizofrenia y tratada con electrochoque.

²⁷⁰ ANGOSTO SAURA, T., GARCÍA ÁLVAREZ, M. X., GONZÁLEZ GARCÍA, A. (1997), Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 61-87.

²⁷¹ El encabezamiento llevaba el membrete del Manicomio Provincial de Valencia, número de historia clínica, nombre, estado civil, edad, naturaleza, profesión, y fecha ingreso, de ellos; siempre estaban rellenos nombre, edad y fecha. La historia se estructura en 4 partes: anamnesis, estado actual, altas y reingresos. Existía además una cartulina con la foto, una parte para su identificación, otra de antecedentes familiares, personales (relativos a su vida escolar, sexual, social y su trayectoria patológica) y sociales, diagnóstico de observación y de evolución y para fechas de altas licencia o defunción. El reverso de la cartulina constituía la ficha dactilográfica donde solían estar impresas las huellas dactilares del enfermo. Las historias adolecían de una cumplimentación bastante pobre: 7% no tienen ningún apartado cumplimentado, 26% sólo el diagnóstico, 16% carecen del mismo, 56% no tiene antecedentes, 38% ningún síntoma. HEIMANN (2006), p. 425.

revoltoso, bruto, vengativo, cariñoso, envidioso, derrochador, moralidad, sucio, mentiroso, hipócrita, mitómano, retraído), actitudes (robos o fugas), y costumbres higiénico-dietéticas, sexuales y religiosas.

Este documento surge por primera vez en la historia clínica de un paciente que ingresó en noviembre de 1932, y durante los años de la Segunda República se encontró en un 51% de las historias²⁷². Posteriormente este cuestionario se pudo ver de manera muy irregular, durante la guerra tan sólo un 20% de las historias lo incluían, y en la década de los cuarenta este porcentaje fue tan sólo del 8%, desapareciendo prácticamente su uso en el año 1946. Con la llegada del nuevo régimen se desvanecía por tanto este cuestionario perdiéndose así la recogida de aspectos higiénicos y morales, que durante la Segunda República se habían desarrollado con tanto interés²⁷³.

1.3. Otros documentos en las historias clínicas

Además de la hoja de entrada y del cuestionario interrogatorio, las historias clínicas incluían más documentos, que ya han sido citados en el primer capítulo, como los certificados médicos, las notificaciones de ingresos al juzgado, los partes semestrales, las analíticas o las hojas de tratamientos.

Mención especial merecen otros “documentos personales” como la correspondencia con los familiares, cartas, autobiografías y dibujos de los propios pacientes, no tanto por su frecuencia, más bien escasa, sino por su valor como documento histórico, tal como ha señalado Roy Porter²⁷⁴. Si bien no hemos hallado en España ninguna normativa sobre el control de la correspondencia de los pacientes como ocurría en otros países²⁷⁵, es evidente que, al menos parte de las cartas redactadas, eran

²⁷² VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), p. 76.

²⁷³ Estos planteamientos higiénico-morales como prevención de la enfermedad mental nacieron a partir de la teoría de la degeneración en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX. Ver: CAMPOS, R., MARTÍNEZ PÉREZ, J., HUERTAS, R. (2000), *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC; CAMPOS, R. (1995), La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, *Hispania*, 55 (3), 1093-1112.

²⁷⁴ El historiador Roy Porter ha señalado que los escritos de los locos pueden leerse, no sólo, como síntomas de enfermedades o síndromes, sino como comunicaciones coherentes por derecho. Véase PORTER, R. (1987), *A Social History of Madness. Stories of the Insane*, Londres, Weidenfeld and Nicolson.

²⁷⁵ En el siglo XIX en Escocia la legislación contemplaba que el personal médico de las instituciones podía abrir la correspondencia de los pacientes. BARFOOT, M., BEVERIDGE, A. W. (1990), Madness at the crossroads: John Home's letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1886-87, *Psychological Medicine*, 20, 263-284; BEVERIDGE, A. (1998), Life in the Asylum: patients' letters from Morningside, 1873-1908, *History of Psychiatry*, 9, 431-469, p. 434.

requisadas e incorporadas en la historia clínica²⁷⁶. Concretamente en Leganés no sabemos si algún médico de la posguerra indujo a los internos a realizar escritos o dibujos. De hecho, el material conservado -relatos, cartas, diarios y autobiografías de los propios pacientes y familiares-, aparece tan sólo en 26 historias clínicas. Si bien nuestro trabajo no tiene como objetivo un análisis pormenorizado de estos documentos, en el capítulo III se estudiará parte de este material "no enviado" y que ha constituido la fuente historiográfica principal en otras investigaciones recientes²⁷⁷.

2. LA POBLACIÓN MANICOMIAL

La fuente fundamental para estudiar la población que ingresaba ha sido la historia clínica, contabilizando un total de 615 pacientes que ingresaron en el Manicomio de Leganés entre 1939 y 1952²⁷⁸. En el caso de pacientes reingresados, éstos han sido considerados como un caso nuevo cuando había transcurrido al menos un año fuera del manicomio, lo cual ha sucedido en 11 ocasiones²⁷⁹. Estos reingresos fueron muy escasos si se comparan con otras poblaciones manicomiales, como la de Valencia, donde dicho procedimiento se llevaba a cabo con mucha frecuencia conllevando irregularidades en los trámites de ingresos y altas²⁸⁰.

2.1. Edad

La edad media de los pacientes que ingresaron durante este período fue de 42 años (DE 16,71), y la mediana de 40 con un rango entre 14 y 93 años²⁸¹. Si lo comparamos con la edad media de la población española (que pasó de 29,6 años en

²⁷⁶ Desconocemos las razones por las que no se tramitaron la correspondencia, bien para evitar que ciertas denuncias sobre la situación o el trato dispensado a los pacientes pudieran ser conocidas, bien por mantener a los pacientes aislados, sin contacto con el exterior, o como forma de castigo. La inspección de las cartas no era algo exclusivo de Leganés, ya que se ha constatado en otros establecimientos como el de Valencia. Puede consultarse, HEIMANN (2006), p. 447.

²⁷⁷ Pueden consultarse BARFOOT, BEVERIDGE (1990) y BEVERIDGE (1998).

²⁷⁸ El tamaño muestra alcanza el valor de 807 pacientes si tenemos en cuenta la población manicomial total ingresada en esos años. Durante nuestro análisis utilizaremos uno u otro tamaño muestral en función de lo que pretendamos analizar.

²⁷⁹ En 2 pacientes, el tiempo transcurrido desde la salida del Manicomio fue inferior al año siendo por tanto considerado como el mismo ingreso dado que solían tratarse de pacientes que no regresaban de una licencia temporal cuando correspondía, cursándose por tanto el alta administrativa pero recuperando su plaza si no tardaban demasiado tiempo en reaparecer.

²⁸⁰ HEIMANN (2006), pp. 445-446.

²⁸¹ Historias clínicas 1295, 1406. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

1940 a 30,6 años en 1950), vemos como la media de la población manicomial de Leganés fue muy superior²⁸².

Las mujeres ingresaban con una edad media mayor de 45,59 años (DE 17,05) que la de los hombres de 38,43 años (DE 15,52), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Esta diferencia que ya se apreciaba en los pacientes durante la contienda, se puede explicar debido a que la patología por la cual ingresaban los hombres se iniciaba generalmente a una edad más temprana. Además, como se ha señalado también en otros trabajos, la alarma por una peligrosidad social de los enfermos mentales, sin duda, estaba más asociada al varón joven que a la mujer²⁸³.

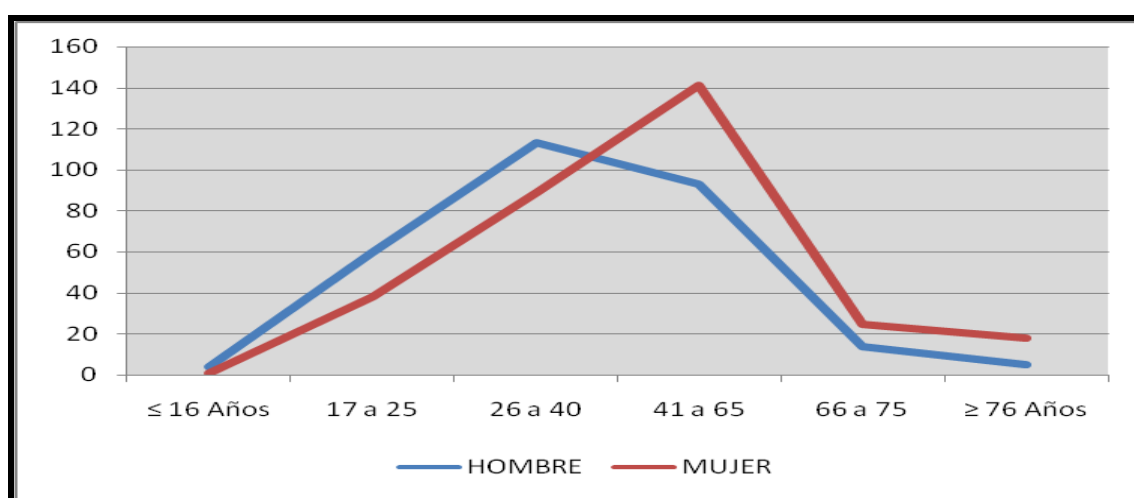


Figura 1. Distribución por intervalos de edad y sexo de la población manicomial de Leganés (1939-1952).

En este periodo ingresaron 5 pacientes menores de 16 años, siendo cuatro de ellos varones y teniendo el menor 14 años. Los diagnósticos que presentaban fueron de epilepsia en dos casos y tres de oligofrenia; dos fallecieron durante su internamiento, uno a causa de una endocarditis y el otro caso por una neumonía²⁸⁴. No era el único

²⁸² ZOIDO, F., ARROYO, A. (2003), La población de España. En ARROYO, A. (coord.), *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, pp. 17-76, 27. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/tend_demo_s20/tend_demo_s20.htm; consultado el 6 de junio de 2011.

²⁸³ Como señala Heimann para el caso del Manicomio de Valencia, HEIMANN NAVARRA, C. (1994), *El Manicomio de Valencia (1900-1936)*, Tesis doctoral, Universidad de Valencia, p. 326.

²⁸⁴ Mercedes Del Cura realiza un análisis sobre la población infantil en el Manicomio de Leganés desde 1852 a 1936 en el cual registra 54 casos menores de 16 años. DEL CURA, M. (2003), Niños en el manicomio: la locura infantil en la Casa de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 611-634. Se puede ahondar en el tema acerca de la "infancia anormal" en su reciente libro publicado: DEL CURA GONZÁLEZ, M. (2011), *Medicina y pedagogía: la construcción de la categoría "infancia anormal" en España (1900-1939)*, Madrid, CSIC.

manicomio en el país que albergaban a niños, ya que por ejemplo, en el Hospital de Valladolid durante la década de los cuarenta, estuvieron ingresados 15 niños menores de 16 años²⁸⁵.

En el capítulo anterior se recogía un documento redactado por el jefe facultativo el 11 de junio de 1940 en el cual se señalaba la inexistencia de un departamento para la infancia (a pesar de que el Reglamento de 1885 vigente por entonces lo contemplase). Este hecho fue esgrimido por el director para solicitar que no ingresasen pacientes menores de edad en el manicomio, y, de hecho en 1940, se rechazaron dos ingresos²⁸⁶. Sin embargo, poco después entraba en el establecimiento otra menor de edad²⁸⁷, sin que aquellas peticiones se hicieran extensibles a todos los pacientes menores de edad.

Todos los internamientos de menores de 16 años se llevaron a cabo entre los años 1939 y 1941, antes de la entrada en vigor del Reglamento de 1941, en el cual se suprimía del texto la referencia al departamento para la infancia.

2.2. Sexo y estado civil

En cuanto a la distribución por sexo, en todo el período ingresaron 317 mujeres, lo cual supuso el 52% de las entradas. Este dato varía respecto a los estudios previos sobre la población manicomial en la institución ya que el número de varones siempre superó al de mujeres²⁸⁸. Fue en 1941, por primera vez a lo largo de los diez lustros de vida del Manicomio, cuando este equilibrio hombres/mujeres se invirtió, ingresando en los primeros años de posguerra un 60% de mujeres frente a un 40% de hombres²⁸⁹, coincidiendo con la disminución del número de hombres en la población civil a consecuencia del aumento de la mortalidad de éstos durante la guerra. Esta proporción se mantuvo a lo largo del resto de la década de los 40 para igualarse en los años 50.

²⁸⁵ GARCÍA CANTALAPIEDRA, M. J. (1992), *Historia del hospital psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*, Valladolid, Diputación de Valladolid, pp. 235-334, 301.

²⁸⁶ Son solicitudes con fecha del 11 y 26 de junio de 1940 en las que ni tan siquiera se especifica el diagnóstico. Ambos documentos se encuentran reproducidos en el Capítulo I.

²⁸⁷ Historia clínica 1226. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Se trataba de una paciente de 16 años que entró en el establecimiento el 28 de junio de 1940 en el departamento de beneficencia con un diagnóstico de psicosis epiléptica, falleciendo un año después a consecuencia de una neumonía. Durante su estancia fue tratada con luminal y bromuro.

²⁸⁸ Este porcentaje superior para el sexo masculino es una constante desde la apertura de la institución psiquiátrica y así, en la serie de 2314 pacientes ingresados hasta 1936, recogida por E. Mollejo, el porcentaje está en el 62%; MOLLEJO (2011), p. 172. También se puede consultar: CANDELA, VILLASANTE (2011), pp. 209-210 y TIERNO, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007a), p. 335. Durante la Guerra también ingresaron más pacientes varones, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 166.

²⁸⁹ CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007b), Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés, *Revista de la AEN*, 99 (1), 119-141, p. 127.

El 60% de los ingresados tanto hombres como mujeres eran solteros, y el 26% estaban casados. En el caso de los viudos que representaban el 12% del total, sí que existieron diferencias siendo el 84% mujeres.

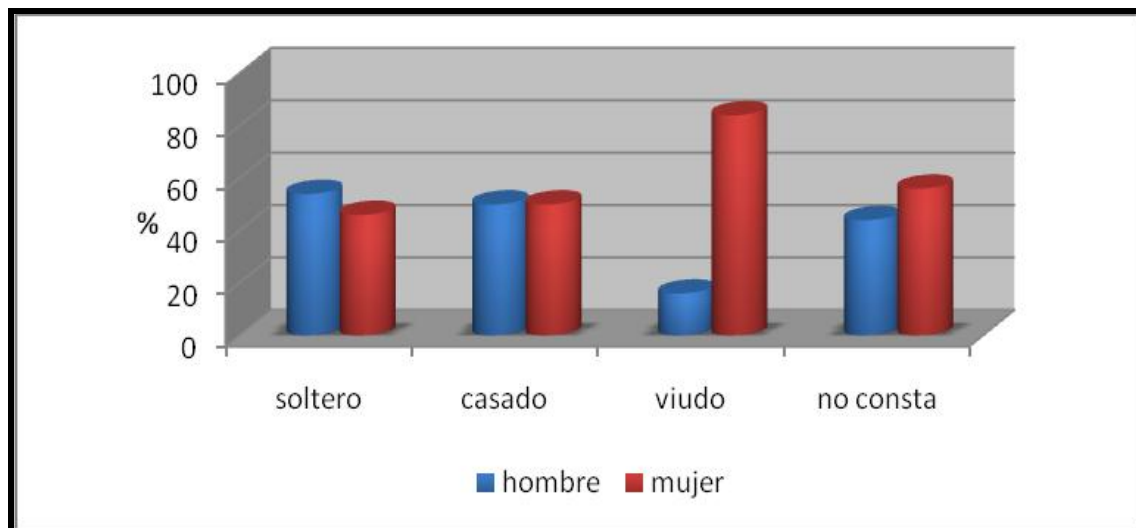


Figura 2. Estado civil en la población manicomial de Leganés (1939-1952).

2.3. Profesión

El 88% de los varones y el 95% de las mujeres tenían recogida en la historia su profesión. Los varones, en su mayoría, eran empleados, estudiantes o labradores, y en lo que concierne a las mujeres el 72% se dedicaban a “sus labores”²⁹⁰. Se reflejaban además otros oficios como artista de circo, carbonero y calderero; y un 6% de los internos poseían estudios (médicos, farmacéuticos, químicos, abogados, etc.) (anexo tabla A1).

Comparando estos datos con los del Manicomio de Valencia, las profesiones de los pacientes reunidas en las historias eran similares a las del Manicomio de Leganés, recibiendo también a facultativos como pacientes²⁹¹, aunque tan sólo el 30% de los internos varones y el 13% de las mujeres aportaban información sobre la profesión ejercida.

El internamiento de cinco médicos en la institución durante la posguerra no fue un acontecimiento aislado en la historia institucional, ya que en épocas anteriores el

²⁹⁰ En los primeros veinte años de la institución el porcentaje de mujeres dedicadas a sus labores era del 95% de los casos. DELGADO CRIADO, M. (1986), Los veinte primeros años del Manicomio modelo de Leganés (1852-1871), *Asclepio*, 38, 273-297, p. 288.

²⁹¹ GARCÍA RODRÍGUEZ, A. (2006), Del asilo al manicomio de Valencia en el siglo XIX. En LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPE, H., *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesus*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 199-337, 280.

manicomio también había ingresado a otros facultativos²⁹². Una Real Orden publicada en 1925 en la *Gaceta de Madrid* contemplaba como “en los Hospitales, Manicomios, Sanatorios, Casas de convalecientes y demás Establecimientos análogos que dependieran del Estado, de las provincias o de los municipios, se admitiría gratuitamente, en concepto de distinguido, a cualquier Médico que lo solicitara, siempre que hubiera ejercido la profesión y se encontrara enfermo y sin recursos”²⁹³. Efectivamente, la orden permaneció en vigor en los años de nuestro estudio, y en la parte superior de la historia clínica de todos los médicos ingresados se hacía alusión a la categoría de “pensionista gratuito”. En este período fueron ingresados cinco médicos, siendo la última en ingresar una mujer.

Pensionista de 2ª clase (Gratuito) HOMBRES

MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL EN LEGANES

HOJA DE ENTRADA Y VICISITUDES DE D. LUIS REÑINA RODERO

En 12 de Junio de 1935, a las 4 de la tarde, y en virtud de orden de la D. Gra l de 17 Mayo 1945 entró D. Luis Reñina Roderó, hijo de D. Luis y de Dª Francisca, natural de Madrid, provincia de Id, de 39 años de edad, de estado soltero, vecino de Madrid provincia de Id, vive Alfonso XII-nº 8-2º-Izda. su oficio u ocupación Médico, sus señas personales _____

La orden de admisión ha sido expedida a instancia de D. Luis Reñina y Romero de Tejada, su padre, que vive en Alfonso XII-nº 8-2º-Izda. MADRID.

Figura 3. Hoja de entrada y vicisitudes de un paciente médico de profesión que ingresa como pensionista gratuito.

²⁹² CANDELA, VILLASANTE (2011), pp. 201-220. En una revisión de las historias abiertas entre el año 1924 y 1931 las autoras encontraron la existencia de siete médicos, que ingresaron como pensionistas gratuitos.

²⁹³ *Gaceta de Madrid*, 27 de junio de 1925, 178, p. 1990.

El primero en 1940, fue un varón de 30 años soltero con diagnóstico de esquizofrenia en estadio final, procedente del Sanatorio de San Juan de Dios de Palencia que ingresó como pensionista de primera clase y que en algún momento de su estancia pasó a ser considerado pensionista de segunda²⁹⁴, permaneciendo en ambos departamentos bajo la condición de pensionista gratuito. Falleció en el manicomio en 1953 por una embolia nefroesclerótica²⁹⁵. En junio de 1944 ingresó derivado del Manicomio de Ciempozuelos con un diagnóstico de esquizofrenia catatónica un médico varón soltero de 35 años como pensionista de primera clase. Durante su estancia fue tratado con electrochoque y cardiazol, falleciendo dos años mas tarde de una obstrucción intestinal²⁹⁶.

El tercer caso era el de un médico varón soltero de 39 años que ingresó en junio de 1945, con un diagnóstico de esquizofrenia como pensionista de segunda clase procedente de su domicilio de Madrid. Durante su estancia no recibió tratamiento y en 1946 fue dado de alta por no regresar de un permiso de salida temporal²⁹⁷. En octubre de 1946 ingresó un médico varón viudo de 49 años como pensionista de segunda clase procedente de su domicilio en Madrid. Fue diagnosticado de PGP y tratado con penicilina intrarraquidea, falleciendo posteriormente debido a un reblandecimiento cerebral²⁹⁸. El último de los médicos fue una mujer soltera de 28 años hospitalizada en febrero de 1951 sin apenas datos recogidos en su historia clínica salvo que padecía una meningoencefalitis. No quedó plasmado el departamento administrativo en el cual se encontraba²⁹⁹.

2.4. Procedencia geográfica

El Manicomio de Leganés, a pesar de ser un establecimiento de carácter nacional, desde su fundación, la mayoría de los ingresos procedían de la provincia de Madrid³⁰⁰. Durante la década de los años veinte el 70% de los internos eran habitantes

²⁹⁴ Los cambios de categoría administrativa quedaban registrados en unas anotaciones a mano en el margen superior de la *hoja de entrada y vicisitudes*, no dejando constancia de la fecha exacta en la que se producía. No sabemos en función de qué unos médicos internaban como pensionistas de primera y otros de segunda categoría, o bien se producía un cambio de una a otra; ya que en todos los casos estaban catalogados como pensionistas gratuitos.

²⁹⁵ Historia clínica 1240. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁹⁶ Historia clínica 1424. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁹⁷ Historia clínica 1465. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁹⁸ Historia clínica 1529. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

²⁹⁹ Historia clínica 1702. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁰⁰ En el siglo XIX la provincia de Madrid sufría un grave déficit de camas psiquiátricas, razón probable por la cual la mayoría de pacientes eran de Madrid, a pesar de que el manicomio tuviese carácter

de la capital y el 84% llegaban de su domicilio³⁰¹. En los años de la guerra esta tendencia se incrementó con un porcentaje de ingresos de madrileños del 84.4%, en relación con las dificultades de desplazamiento durante la guerra³⁰².

La procedencia geográfica de los pacientes en los años de posguerra no varía respecto a épocas anteriores³⁰³, llegando a ocupar los madrileños el 78% de las plazas. El porcentaje restante se repartía entre enfermos originarios de diferentes provincias como Toledo, Jaén, Ciudad Real o Palencia. El 75% de las historias registraban la provincia de origen sin otros datos geográficos más específicos.

Si tenemos en cuenta las derivaciones de pacientes al Manicomio de Leganés desde otras instituciones sanitarias, las más frecuentes fueron desde el Manicomio de Ciempozuelos, el Hospital Provincial y el Sanatorio Esquerdo, representando los tres el 13% del total de las derivaciones.

Durante la Guerra Civil, las derivaciones desde establecimientos psiquiátricos particulares al Manicomio de Leganés habían sido frecuentes procediendo principalmente de dos clínicas del municipio de Leganés: la Clínica Neuropsiquiátrica de San Antonio perteneciente a Antonio Martín Vegué, y la Clínica de José María Moreno Rubio³⁰⁴. Ambos establecimientos sanitarios continuaron abiertos tras finalizar la contienda aunque desconocemos por cuánto tiempo. En enero de 1941 se realizó el ingreso de una paciente desde la Clínica de San Antonio, y en 1944 dos derivaciones desde la Clínica de Moreno Rubio³⁰⁵. Durante la Guerra Civil diez pacientes habían sido trasladadas desde la Clínica Neuropsiquiátrica de San Antonio³⁰⁶; ocho de ellos el día 15 de julio de 1937 mediante una orden verbal dada por la Dirección General de

nacional. DELGADO (1986), p. 286; VILLASANTE, O. (2002a), Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel: Un frustrado manicomio-modelo, *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2 (2), 139-162, p.149; CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 210; TIerno, R. (2008), Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), *Frenia*, 8, 97-129, p. 100.

³⁰¹ CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 210.

³⁰² VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 172.

³⁰³ TIerno (2008), p. 100.

³⁰⁴ Ambos médicos, tal como hemos referido en el anterior capítulo, trabajaron en el Manicomio de Leganés. La clínica de San Antonio de Martín Vegué estaba en funcionamiento ya desde antes de la guerra, y fue trasladada de ubicación en el año 1934, en el Archivo del Ayuntamiento de Leganés existe documentación que acredita la existencia de esta clínica y una petición de reforma con de la institución en el año 1934; sobre la clínica regentada por Moreno Rubio en cambio no se ha encontrado información. TIerno (2008), p. 109.

³⁰⁵ Historias clínicas 1255, 1404, 1408. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁰⁶ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 174.

Beneficencia³⁰⁷. Tres fueron dados de alta el 19 de mayo de 1941 y derivados nuevamente a la clínica de la que procedían, y los cinco restantes (excepto uno) fallecieron durante su internamiento en la institución³⁰⁸.

2.5. Estancias medias

La estancia media de los pacientes ingresados fue de 7,78 años (DE 13,29). Para la mayoría de los pacientes ingresados (73%) fue menor de 10 años, y de este 73%, el 35% permaneció en el manicomio menos de un año³⁰⁹. Por una parte, el paciente que menos tiempo estuvo internado fue un varón de 19 años, soltero, con diagnóstico de epilepsia y que pasó tan sólo un día en el centro, siendo dado de alta por petición familiar³¹⁰; por otra parte el periodo máximo de internamiento fue el de un varón que estuvo 51 años ingresado³¹¹.

Ya en el periodo decimonónico el recambio de pacientes era escaso, y una gran parte de los pacientes que ingresaban en Leganés permanecían allí el resto de su vida, otorgando a la institución más bien un carácter de asilo de «reclusión» que terapéutico³¹².

3. MOVIMIENTOS POBLACIONALES EN EL MANICOMIO: LA ADMISIÓN DE ENFERMOS

En el siguiente apartado nos centraremos en el estudio de los movimientos poblacionales del Manicomio de Leganés a través del análisis de los partes estadísticos mensuales y anuales que se enviaban a la Dirección General de Sanidad. Los partes comenzaron a enviarse a finales de 1931 desde el Manicomio de Leganés³¹³, tras la

³⁰⁷ Raquel Tierno recoge una respuesta que el Manicomio de Leganés da a una petición en 1940 del Jefe del Servicio Nacional de Beneficencia y Obra Social, en relación a la reclamación de una de las ocho pacientes. TIERNO (2008), pp. 109-110.

³⁰⁸ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 178.

³⁰⁹ De los que permanecieron menos de un año en la institución, un 9% cursó baja por defunción y un 11% por no regresar tras un permiso de salida.

³¹⁰ Historia clínica 1742. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³¹¹ Historia clínica 1164. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³¹² VILLASANTE, O. (2008), Orden y norma en el manicomio de Leganés (1851-1900): el discurrir diario del paciente decimonónico, *Frenia*, 8, 33-68, p. 57.

³¹³ TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007b), El manicomio nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931- 1936). En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 107-128, 115.

orden del 28 de noviembre de 1931³¹⁴, mediante la cual todos los establecimientos psiquiátricos oficiales y privados, tenían que llevar una estadística general de los enfermos mentales y otra especial de las enfermedades mentales con arreglo a la clasificación de Kraepelin³¹⁵. La Sección de Psiquiatría e Higiene Mental envió fichas para facilitar el trabajo que debían cumplimentarse mensual y anualmente, tal como ya hemos visto, por los Médicos Directores y remitirse posteriormente a la Dirección General de Sanidad³¹⁶. En la documentación anexa a las historias clínicas, se recogen los documentos que recibía y enviaba el Manicomio de Leganés al INE sobre los datos estadísticos. Mostramos tres de ellos a modo de ejemplo:

«Del Instituto Nacional de Estadística, Delegación Provincial de Madrid. Ruego usted envíe a esta Delegación el movimiento de dementes durante el año... a cuyo efecto le adjunto el correspondiente impreso con el número de dementes que existía en este establecimiento a finales de.... Dios guarde usted muchos años. Del Delegado Provincial Rafael Boulet al Director del Manicomio de Leganés»³¹⁷.

«Con el fin de ultimar la estadística de los establecimientos benéficos tengo el gusto de remitir el adjunto impreso el cual le agradeceré me devuelva urgentemente diligenciados con los datos referentes al pasado año 1944. Dios guarde usted muchos años, Madrid, 5 de mayo de 1945. Del Jefe Provincial de Estadística al Director del Manicomio»³¹⁸.

«Tengo el honor de adjuntarle el impreso del movimiento de dementes habidos en este manicomio en lo que va de año, y cuyo impreso tuvo a bien remitirnos con fecha de cinco de los corrientes. Dios guarde usted muchos años. Del Jefe Facultativo al Jefe Provincial de Estadística»³¹⁹.

Los partes estadísticos mensuales y anuales estructurados en tres apartados o categorías (administrativa, técnica y nosológica) reflejaban los pacientes que ingresaban o que eran dados de alta en el establecimiento. La clasificación administrativa separaba a los pacientes según el sexo y categoría económica: varones pensionistas o de

³¹⁴ *Gaceta de Madrid*, 2 de diciembre de 1931, 336, pp. 1376-1377.

³¹⁵ Fernández Sanz, ya desde las primeras décadas del siglo XX, se había preocupado de la necesidad de una taxonomía psiquiátrica unificada y probablemente las fichas se realizaron con el fin de enviar las estadísticas generales a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental que exigía la Orden del 28 de noviembre de 1931. FERNÁNDEZ SANZ, E. (1907), Clasificación de las enfermedades mentales, *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, 17, 52-53; FERNÁNDEZ SANZ, E. (1930), Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 31, 29-32.

³¹⁶ *Gaceta de Madrid*, 2 de diciembre de 1931, 336, pp. 1376-1377.

³¹⁷ *Jefatura facultativa* “estadísticas”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³¹⁸ *Jefatura facultativa* “estadísticas”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³¹⁹ *Jefatura facultativa* “estadísticas”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

beneficencia y mujeres pensionistas o de beneficencia. La clasificación técnica los dividía en función de los departamentos agitados, sucios y tranquilos, y por último, la agrupación nosológica que se dividía en diez grupos, adaptados en gran medida a la clasificación kraepeliniana³²⁰ (anexo 8).

3.1. Población total hospitalizada en el manicomio

En diciembre de 1939 había en el Manicomio de Leganés 283 pacientes ingresados, número que ascendió paulatinamente desde el fin de la Guerra Civil hasta los años cincuenta, no superando en ningún momento la cifra de 400 internos, autorizada en el Reglamento de 1941 (figura 4). A diferencia de lo que sucedió en periodos anteriores como la Guerra Civil o la Segunda República en los cuales se superó lo estipulado por el Reglamento previo de 1885 (200 pacientes)³²¹, si bien recordemos que, en el año 1926, se solicitó una ampliación de plazas para pensionistas, acercándose en los años treinta la institución a los 300 pacientes³²².

El año de mayor ocupación fue 1952 con 368 ingresados, número relativamente bajo si se compara con otras instituciones madrileñas como Ciempozuelos (que contaba en el año 1955 con 1450 mujeres internas) o nacionales como Valladolid³²³, Valencia³²⁴, o el Manicomio de Conxo³²⁵.

El Manicomio de Leganés, como se ha comentado anteriormente nunca superó el límite de su capacidad, a diferencia del hacinamiento descrito en otras instituciones psiquiátricas españolas como el Instituto Mental de la Santa Creu en Barcelona, el Manicomio de San Baudilio de Llobregat o el Manicomio de mujeres de Ciempozuelos en Madrid³²⁶.

³²⁰ TIERNO, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007b), pp. 107-128 y CONSEGLIERI, VILLASANTE (2007a), pp. 269-285.

³²¹ VIOTA Y SOLIVA, E. (1896), *Memoria Histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Est. Tipográfico de A. Avrial, p. 93; SALAS Y VACA, J. (1929), *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*, Madrid, Establecimiento Tipográfico, Artes graficas, pp. 20-22. Sobre dicha cuestión se puede consultar en: TIERNO (2008), p. 101.

³²² De hecho, a partir de 1926 se registró un incremento de pacientes que ingresaron frente a años anteriores, llegan en 1931 a los 33 ingresos en el establecimiento. CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 203.

³²³ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 328-330.

³²⁴ GONZÁLEZ DURO, E. (1996), *Historia de la locura en España, III, Del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de hoy, p. 328; HEIMANN (2006), p. 447.

³²⁵ GONZÁLEZ, E. (1977), *A psiquiatria Galega e Conxo*, Madrid, Ediciones Rueiro, pp. 77-79.

³²⁶ GONZÁLEZ DURO (1996), p. 328.

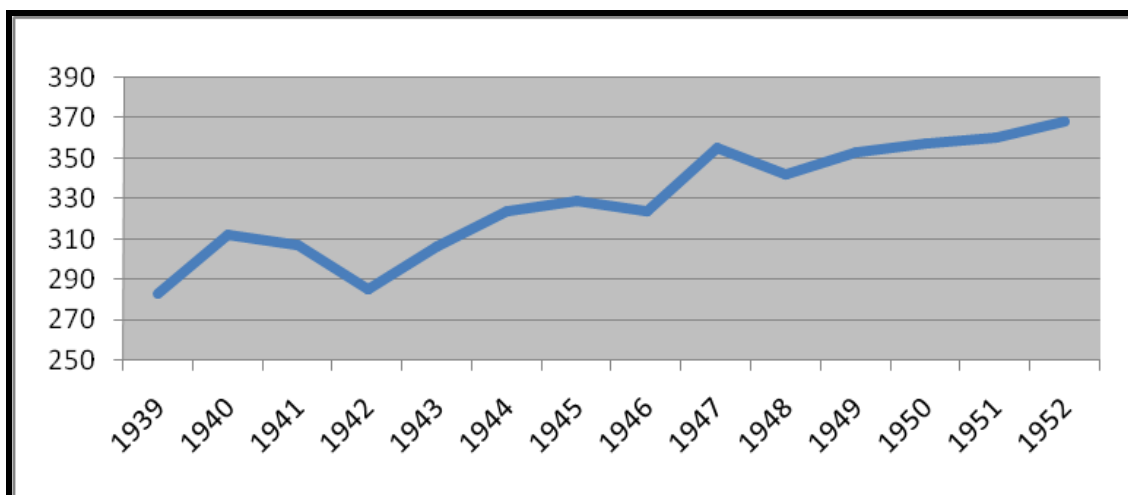


Figura 4. Distribución anual de la población manicomial de Leganés según los partes estadísticos.

3.2. La admisión de pacientes durante la posguerra

3.2. 1. Ingresos anuales globales

Al estudiar el número de ingresos anuales se observa como, el pico máximo de ingresos se produjo en el año 1942 con un total de 85 (figura 5). A este año le siguió 1940 con 75 ingresos, de los cuales 29 eran varones y 46 mujeres. En general y en la inmediata posguerra, el número de ingresos de mujeres superó al de varones.

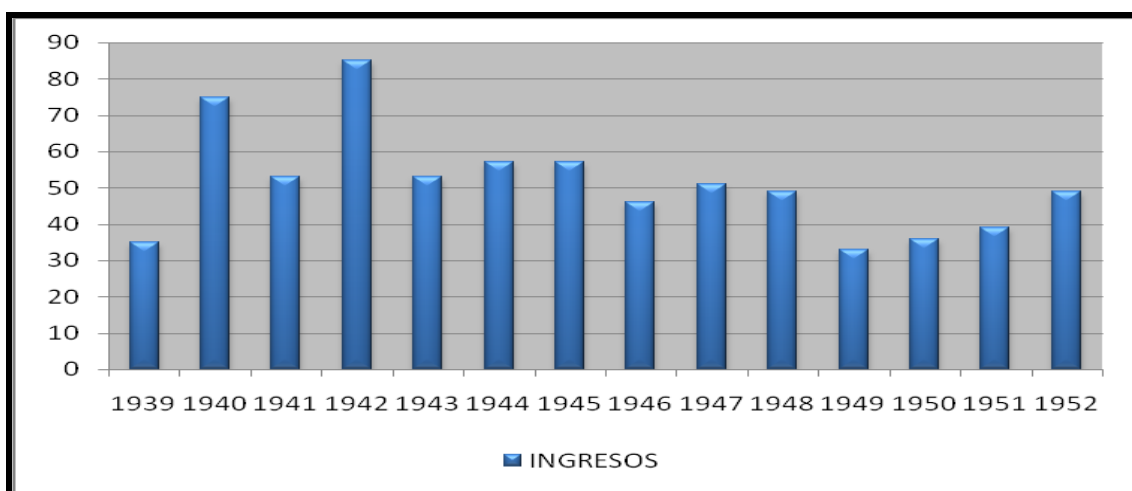


Figura 5. Ingresos anuales de pacientes en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Siendo 1942, el segundo año de nuestro estudio con menos población ingresada en el manicomio con 285 pacientes (figura 4), paradójicamente fue el año en el cual más ingresos se realizaron (figura 5). Esto se explica porque existió un elevado número de altas por fallecimiento y traslados como posteriormente veremos, compensándose así

los ingresos con las altas. Este mismo año, el número de ingresos se llevó a cabo en la misma proporción en hombres y mujeres.

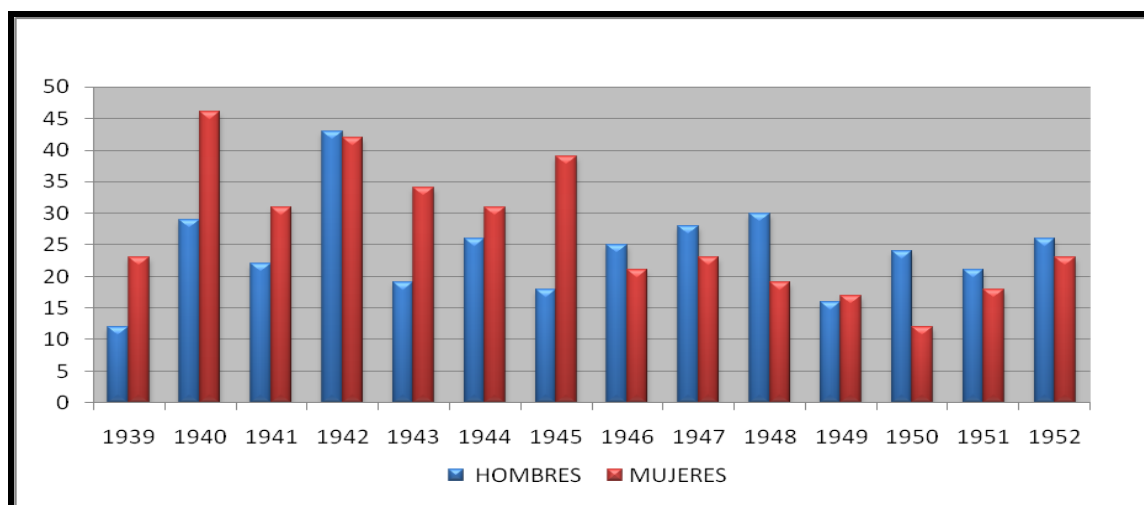


Figura 6. Ingresos de pacientes agrupados por sexo en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

3.2.2. Ingresos en función de las categorías de los partes estadísticos

Al analizar las entradas o ingresos al manicomio en función de las características administrativas, vemos como cada paciente al ingresar era clasificado asignándosele una de las tres categorías posibles: beneficencia, pensionista de primera o pensionista de segunda.

Como se ha comentado en el capítulo anterior dichas categorías fueron fijadas desde la apertura del manicomio, ayudando los ingresos de los pensionistas como ha señalado Álvarez Uría, a mantener la institución que durante el siglo XIX pasó por muchos apuros económicos³²⁷. La familia solicitaba la inclusión del paciente en una u otra categoría en función de los honorarios pagados, estipulados en el Artículo 61 del Reglamento de 1941³²⁸. Desde la finalización de la Guerra Civil y hasta 1952 se produjo casi el doble de ingresos de pensionistas (215 varones y 265 mujeres) que de beneficencia (124 varones y 117 mujeres). Las entradas en otros periodos estudiados también fueron mayores en la categoría de pensionistas que en la de beneficencia³²⁹, con una única excepción que tuvo lugar durante los años de la Guerra Civil, ya que fue la

³²⁷ ÁLVAREZ-URÍA, F. (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets.

³²⁸ «(...) los enfermos pensionistas de ambos sexos pagarán: los de primera clase, diez pesetas diarias por estancia completa, los de segunda clase, pagarán por el mismo concepto de estancia completa, siete pesetas cincuenta céntimos diarios». En: *Reglamento de 1941*, Artículo 61, p. 8700.

³²⁹ TIerno (2008), p. 104.

única etapa en la cual el porcentaje mayoritario de nuevos ingresos correspondió a pobres³³⁰.

En la siguiente figura (figura 7) podemos observar que el año de mayor ingreso de varones de beneficencia fue 1942 con un 74%, mientras que el mayor número de registros de varones pensionistas fue el año 1944 con un 88%. A partir de la segunda mitad de la década se mantuvo un nivel de ingresos paralelo, aunque el número de pensionistas superaba siempre al de entradas de beneficencia.

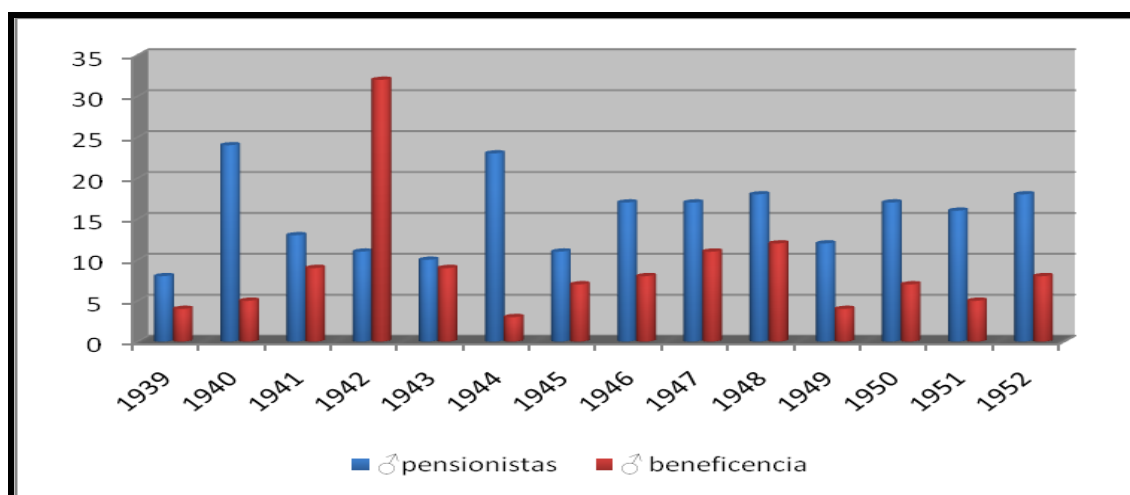


Figura 7. Ingresos de varones distribuidos por clasificación administrativa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Se puede observar que 1942 es el único año en el que ingresaron más pacientes varones en beneficencia (74%) que en la categoría de pensionistas. Esto podría estar relacionado con las dificultades económicas que atravesaba la población civil tras la contienda. Sin embargo, tan sólo dos años después, el número de varones pensionistas que ingresó ascendió hasta el 88%. El número de mujeres pensionistas ingresadas fue en todo momento superior a los de las mujeres de beneficencia (figura 8).

³³⁰ El porcentaje de ingresos de pensionistas durante la contienda fue excepcional, 3 pensionistas frente a 61 ingresos de beneficencia. VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 170.

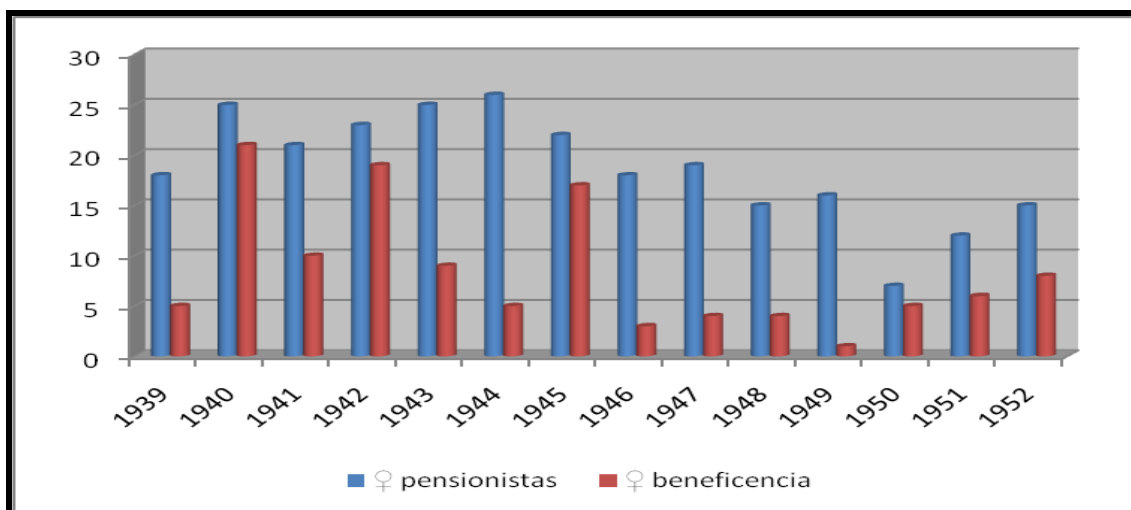


Figura 8. Ingresos de mujeres distribuidos por clasificación administrativa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Una vez clasificados en función del sexo y categoría administrativa, la actitud del paciente determinaba la asignación al departamento de “tranquilos”, “agitados” o “sucios”. Esta clasificación técnica establecida en los partes estadísticos correspondía con algunos de los departamentos recogidos en el Reglamento de 1941³³¹, y que, a juicio de Comelles correspondía más a criterios sociales que clínicos³³². La mayoría de los pacientes se incluyeron en la categoría de tranquilos de los partes estadísticos y, de hecho, en 1942, 66 de las 85 entradas de ese año fueron registradas en el departamento de pacíficos o tranquilos, representando el 78%. A partir de 1943 no se incluyó ningún caso en la sección de agitados, ni de sucios de los partes, aunque sí permaneció un pequeño grupo de pacientes en ambos departamentos que fue decreciendo a medida que avanzaba la década. Quizá la utilización de las nuevas técnicas de tratamiento más específicas e intervencionistas ayudó a controlar los cuadros de agitación.

³³¹ «El asilo será dividido en cuarteles diferentes para los dos sexos: cada uno de aquellos cuarteles se subdividirá en departamentos independientes dedicados a observación, a pobres, a pensionistas, a alienados pacíficos, a turbulentos, a furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes». En: *Reglamento de 1941*, Artículo 67, p. 8700.

³³² COMELLES (1988), p. 59.

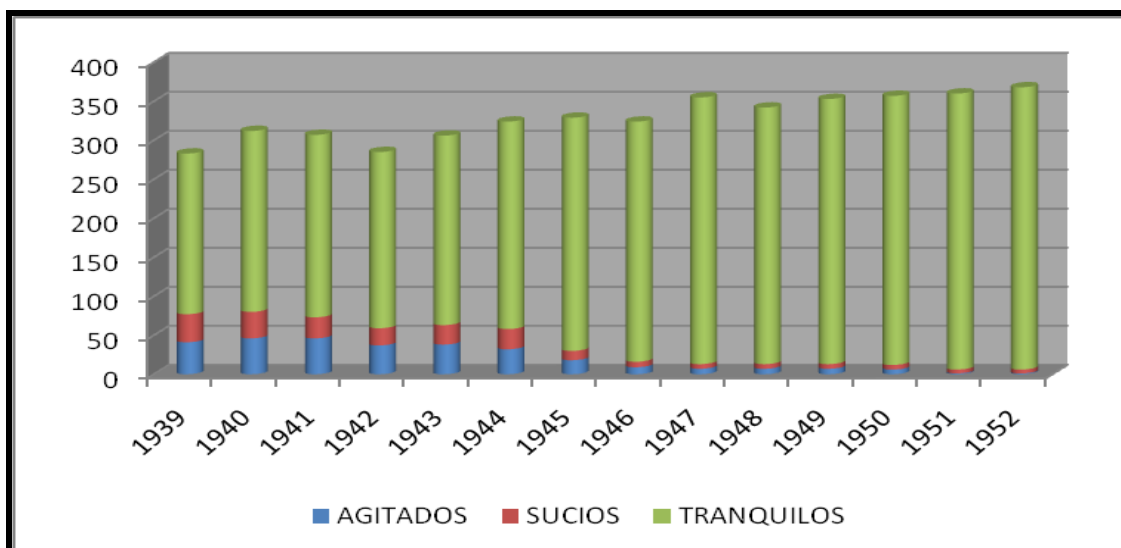


Figura 9. Población manicomial en Leganés distribuida por clasificación técnica (1939-1952).

Por último, los partes mensuales y anuales recogían una clasificación nosológica donde se encontraban las categorías diagnósticas organizadas en una decena de grupos: Oligofrenia, psicosis maníaco-depresiva, esquizofrenia, parálisis general progresiva, psicopatía constitucional, demencia senil, paranoia, psicosis epiléptica, psicosis alcohólica y otras psicosis. A pesar de que las categorías Kraepelinianas fueron aceptadas oficialmente y se reflejaban, al revisar las historias clínicas comprobamos que esta clasificación no fue siempre respetada. En los “diagnósticos de entrada” aparecían una gran variedad que sumaron hasta un total de 146 diferentes, como veremos en el siguiente capítulo dedicado a los diagnósticos³³³.

Durante los primeros años de posguerra se asistió a una escasa repercusión en temas de saneamiento ambiental, epidemiología y administración sanitaria, como han señalado Marset y otros autores, en su trabajo “La Salud Pública durante el Franquismo”³³⁴. Dichos autores consideran que los artículos que se publicaron en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, así como los temas sobre psiquiatría abarcaron tan sólo un porcentaje de entre 0-2% de la oferta de la revista³³⁵. No obstante, el debate sobre la asistencia psiquiátrica nacional y los manicomios fue un tema tratado en el

³³³ Los diagnósticos literales llegan a veces incluso a ser amplias descripciones de la patología. Se puede consultar: CONEGLIERI, VILLASANTE (2007b), p. 132; CONEGLIERI, A., VILLASANTE, O., DEL CURA, I. (2007), El manicomio nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales”. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 555-568, 563.

³³⁴ MARSET CAMPOS, P., SÁEZ GÓMEZ, J. M., MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1995), La Salud Pública durante el Franquismo, *Dynamis*, 15, 211-250.

³³⁵ *Ibid*, p. 248.

Congreso de la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría en Barcelona durante los días 12-14 de enero de 1942. Allí se desarrolló una sesión especial bajo la presidencia de González Ferradas³³⁶ y López Ibor sobre la asistencia psiquiátrica³³⁷. A pesar de no haber encontrado la sesión transcrita, en otra ponencia sobre Neurología de guerra el interlocutor hizo referencia a ella en los siguientes términos:

«Los problemas de asistencia serán tratados esta tarde en una sesión más íntima con los Directores y Médicos de los Manicomios, y en general, aquellos a quienes interesen estas cuestiones, bajo la presidencia del Doctor Ferradas, que representa al Excmo. Sr. Director General de Sanidad. Tenemos la experiencia de que aunque en todas las reuniones anteriores y posteriores a la guerra nos hemos ocupado de problemas de asistencia, los Manicomios siguen con todos sus defectos, aislados del concierto de las actividades sanitarias de la Nación (...). Desde la reunión de Madrid en diciembre de 1939 estábamos encargados unos cuantos de recoger los defectos de nuestras organizaciones regionales, proponer normas para una reorganización de las instituciones psiquiátricas. De esto no se ha hecho, hasta ahora, nada. Será, pues, cosa de que nos ocupemos ya en firme de todo eso con el Doctor Ferradas, planteándole sobriamente nuestros problemas y proponiéndole soluciones, no utópicas, sino capaces de traducirse en realidades inmediatas. Es de desear que en la reunión de esta tarde la mayor parte de los Directores y Médicos de Manicomios y todas las demás personas interesadas en los problemas de asistencia nos reunamos con Ferradas y charlemos sobre ella reposadamente, sencillamente, sin alzar el tono hasta la polémica interminable y sin dar tal aparato a nuestras soluciones que puedan espantarse, quienes ha de ayudarnos, de su dificultad. Nada más. A Continuación, se expusieron las cuestiones más urgentes de solución para la asistencia psiquiátrica. El Doctor Ferradas, en nombre del Ilmo. Sr. Director General de Sanidad dirigió a todos demostrando el gran interés que tiene la Dirección de Sanidad en que la asistencia psiquiátrica alcance gran perfección»³³⁸.

Un año después del Congreso, González Ferradas trató de censar la población manicomial española y solicitó que todos los establecimientos manicomiales del país enviasen un documento estadístico para contabilizar las cifras de internamiento de los enfermos mentales internados. Este documento estadístico debía incluir la clasificación

³³⁶ Inspector General de Asistencia médico-social y Jefe de la sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad.

³³⁷ LÓPEZ IBOR, J. J. (1942a), Neurosis de guerra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 112-129; VARA LÓPEZ, R. (1942), Epilepsia postraumática, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 27-52, p. 52.

³³⁸ *Ibidem*.

de los enfermos mentales según fuesen varones, hembras o niños y según el diagnóstico Kraepeliniano³³⁹.

En el Archivo de Leganés encontramos este documento con los datos recogidos correspondiente a los años 1942 y 1943³⁴⁰ que reflejaban una clasificación similar a la kraepeliniana, a la cual se le añadían además nuevas categorías como “Niños y jóvenes psicopáticos”, “Enfermedades nerviosas sin alteración psíquica”, y “No enfermos nerviosos ni psíquicos (casos para peritar) errores de ingreso”³⁴¹.

3.2.3. Ingresos y altas en el manicomio

Los ingresos en el Manicomio de Leganés se realizaban en función del número de altas, y esto causó que la población total del manicomio se mantuviera casi constante a lo largo del periodo estudiado (figura 4 y 10). Los nuevos ingresos se equilibraban con las altas, en la mayoría de los casos por fallecimiento.

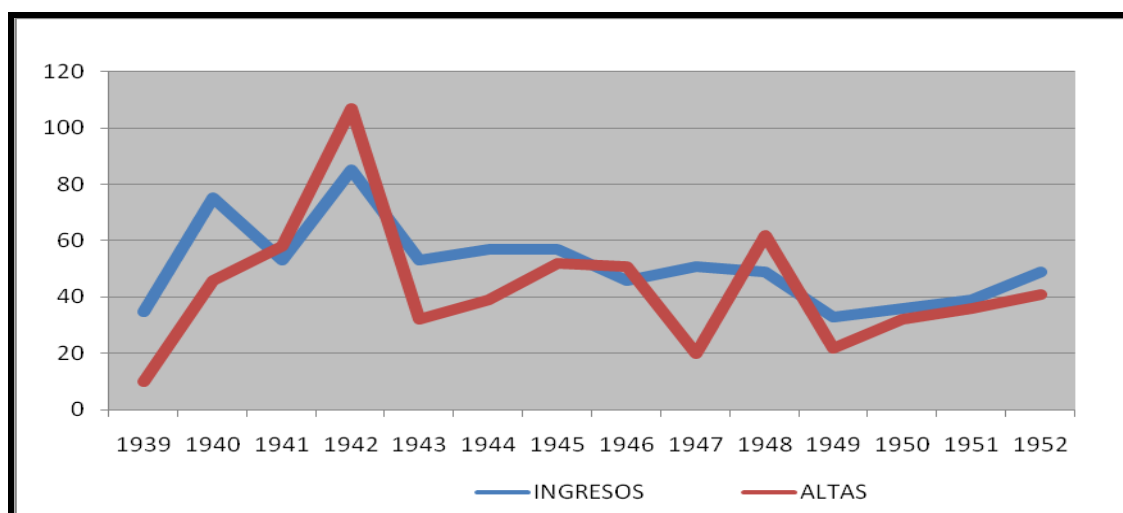


Figura 10. Ingresos y altas de pacientes en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

En el Manicomio de Leganés, el crecimiento entre 1943 y 1950 de la población de internados fue de 51 pacientes, pasando de 306 en 1943 a 357 pacientes en 1950, pero sin superar, en cualquier caso, el máximo establecido en el Reglamento. El número de ingresos fue bajo si se compara con otras instituciones nacionales como el Hospital

³³⁹ GONZÁLEZ FERRADAS, M. (1943), La asistencia psiquiátrica en España, *Semana Médica Española*, 117, 1-10, p. 1.

³⁴⁰ Estadística de enfermos existentes en el Establecimiento por orden ministerial de 24 de abril de 1942 de la Dirección General de Sanidad y Servicios de Higiene Mental del Ministerio de Gobernación. “*Carpeta de estadísticas médicas (1941-1962)*”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁴¹ Sobre este documento volveremos en el capítulo siguiente.

Psiquiátrico de Murcia en el que entre 1940-1944 ingresaron un total de 1034 pacientes (560 varones y 474 mujeres)³⁴². Se produjo un incremento conjunto tanto de ingresos como de altas en los primeros años de posguerra, de modo que los años 1940 y 1942 fueron los que más entradas registraron (75 y 85 pacientes), siendo este último el año con más altas (107) .

3.2.4. Ingresos y altas en otras instituciones psiquiátricas

La demanda de internamiento psiquiátrico aumentó, y entre los años 1940 y 1955 se construyeron nuevos manicomios como los de Granada, Jaén, Alicante, Salamanca y Lugo entre otros, pasando de 20.000 camas psiquiátricas en todo el país a la finalización de la contienda en 1939, a 27.140 en el año 1952³⁴³ . Según González Duro, el incremento de esta demanda de internamiento psiquiátrico y el aumento de la población internada tuvo como “único freno las elevadas tasas de mortalidad”, equilibrándose así las cifras entre entradas y salidas en las instituciones³⁴⁴ .

Este equilibrio entre los ingresos y las altas ocurría, en general, en otras instituciones psiquiátricas del país como en el Manicomio de Conxo³⁴⁵, Manicomio de Sant Boi de Llobregat³⁴⁶ o en el Instituto Mental de la Santa Creu³⁴⁷. De hecho, el comportamiento de entradas y salidas del Manicomio de Conxo fue muy parecido al de Leganés, registrando un aumento en ambos parámetros en la inmediata posguerra, con tendencia a igualarse a medida que avanzaban los años cuarenta (figura 11)³⁴⁸ .

³⁴² VALENCIANO GAYÁ, L. (1978), Parálisis general progresiva. Acme, declinación y riesgo. Psicopatología, Murcia, Diputación Provincial.

³⁴³ GONZÁLEZ DURO, E. (1997b), Las instituciones psiquiátricas durante la época franquista. En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 425-452, 431.

³⁴⁴ GONZÁLEZ DURO (1996), p. 327.

³⁴⁵ GONZÁLEZ (1977), pp. 77-79.

³⁴⁶ El manicomio de Sant Boi de Pujadas había sido fundado en 1853. COMELLES, J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, PPU, p. 68.

³⁴⁷ El Manicomio de la Santa Cruz fundado por Emilio Pi i Molist en 1890, y conocido desde 1925 como Instituto Mental de la Santa Cruz fue uno de los mayores de Cataluña. Se puede consultar sobre dicha institución y sus médicos: COMELLES, J. M. (2005), El purgatorio del doctor torras. Reforma y reacción en la psiquiatría catalana del s. XX, *Frenia*, 5 (1), 101-132; y más recientemente COMELLES, J. M. (2006), *Stultifera Navis. La locura el poder y la ciudad*, Lleida, Editorial Milenio. También, REY GONZÁLEZ, A. *Hemeroteca, Clásicos de la Psiquiatría del siglo XIX: Emilio Pi y Molist (1824-1892)*, 111-121. En www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc...gi; consultado el 10 de octubre de 2012.

³⁴⁸ Datos extraídos y facilitados por Emilio González sobre el censo manicomial del Manicomio de Conxo (1939-1952).

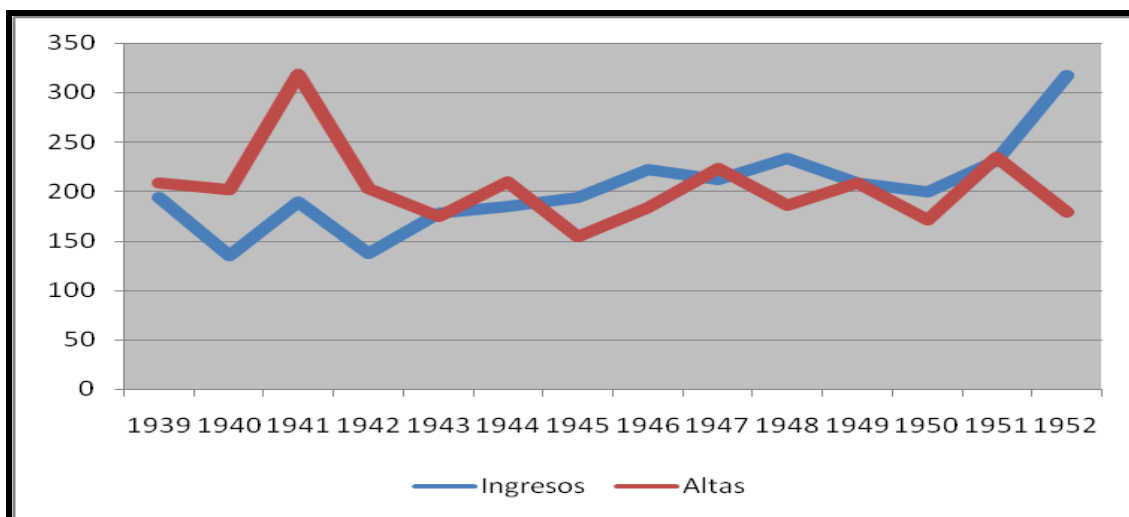


Figura 11. Ingresos y altas de pacientes en el Manicomio de Conxo (1939-1952).

Igualmente el Instituto de la Santa Creu tendió a equipararse a finales de esa década (figura 12)³⁴⁹, si bien ese equilibrio no evitó, según ha estudiado Comelles que se saturasen prácticamente las 652 plazas ofrecidas en el establecimiento³⁵⁰.

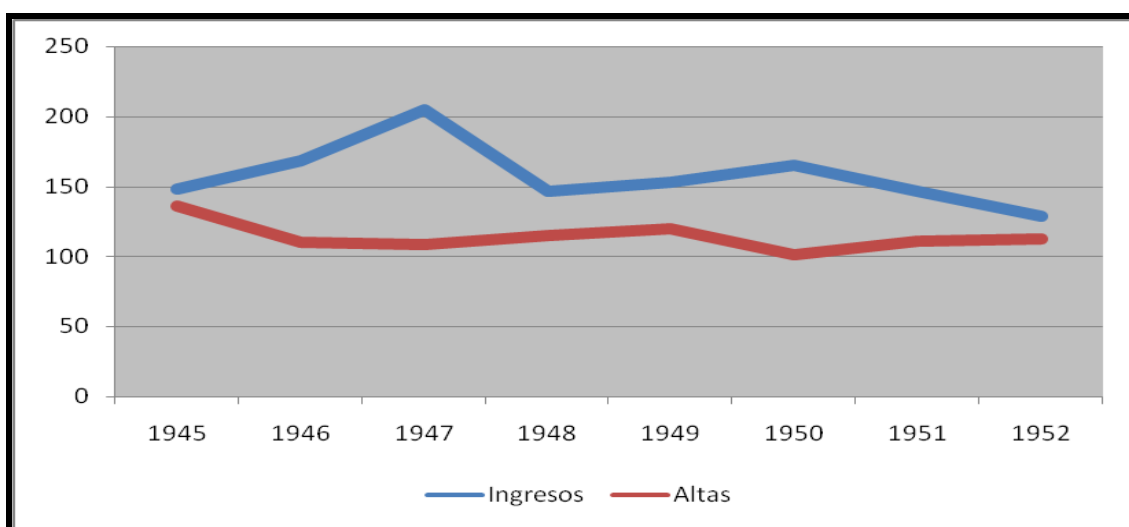


Figura 12. Ingresos y altas de pacientes en el Instituto Mental de la Santa Creu (1945-1952).

³⁴⁹ COMELLES, J. M. (1980), Ideología asistencial y práctica económica. En VV.AA., *Actas del I Congreso Español de Antropología*, Barcelona, Universidad de Barcelona, pp. 337-401, 391-392.

³⁵⁰ COMELLES (1988), p. 167.

4. LAS ALTAS DE LOS ENFERMOS DEL MANICOMIO

Recordemos que el Decreto de 1931 además de la regulación de los ingresos, también otorgó un mayor poder de control de las salidas de los enfermos a los facultativos frente el poder judicial³⁵¹. Entre los motivos de alta estipulados por el Decreto se encontraban: “la salida voluntaria por petición al médico y disposición del mismo, por indicación médica o gubernativa a juicio del médico, por orden judicial precisando de permiso de la autoridad que decreta su ingreso, por la familia bajo su responsabilidad firmando declaración, y alta por los permisos o licencias temporales, que eran de máximo 3 meses, salvo casos excepcionales con una duración máxima de dos años”³⁵². El Decreto regulaba, de ese modo, las altas y sus condiciones, además de los permisos, fugas y reingresos.

Las altas de pacientes internados en el Manicomio de Leganés durante la posguerra atienden a diversas razones. Para su examen hemos empleado dos fuentes diferentes, por un lado los motivos de alta que se recogen en las historias clínicas de los pacientes ingresados, y por otro, los contemplados en los partes estadísticos. En las historias clínicas revisadas se identifican la defunción, curación, remisión, petición familiar, petición propia, prescripción facultativa, no regresar de permiso de licencia, finalizar el periodo de observación, traslado, evasión, orden militar, alta judicial, etc. (tabla 1), sin embargo, los motivos de alta registrados en los partes estadísticos fueron agrupados en cuatro categorías: curación, remisión, traslado o defunción.

Si atendemos a las causas de alta de los partes estadísticos, se produjeron un total de 628, dividiéndose porcentualmente en 50% de defunciones, 21% de remisiones, 21% de traslados y un 8% de curaciones (figura 13).

³⁵¹ APARICIO BASAURI, SÁNCHEZ GUTIÉRREZ (1997), p. 140.

³⁵² *Decreto de Julio de 1931*, (Art. 27º, 28º, 29º, 30º y 33º).

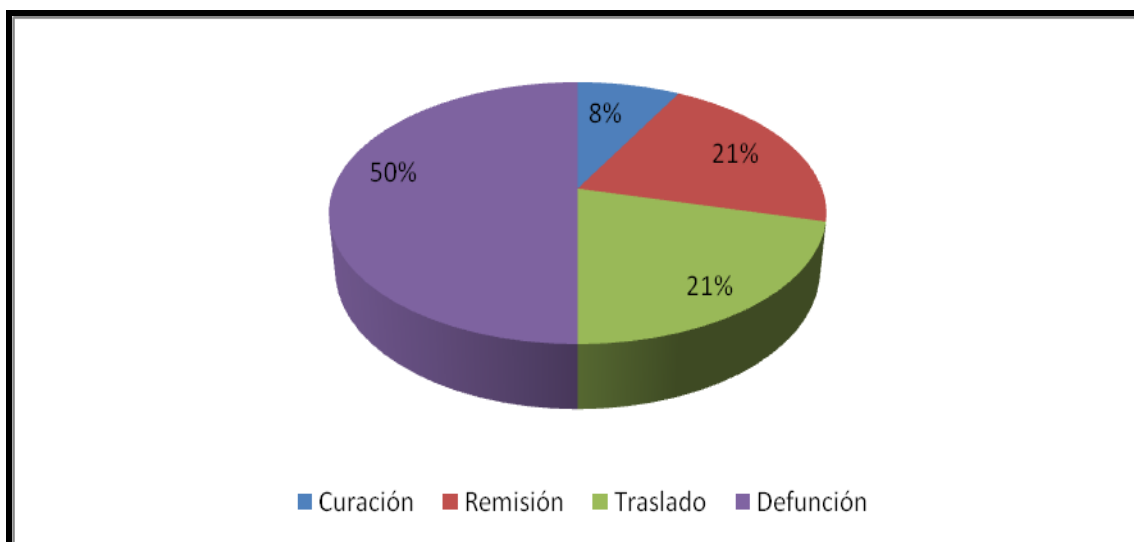


Figura 13. Motivos de alta contemplados en los partes estadísticos de los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

El motivo de alta más frecuente según las historias clínicas también fue la defunción (59,4%)³⁵³, este elevado porcentaje de fallecimientos bien pudiera ser debido al carácter custodial atribuido a la institución, donde los pacientes ingresaban, en muchas ocasiones, para permanecer hasta su muerte³⁵⁴.

Si analizamos las altas por año (figura 14), aparece un pico máximo en 1942. Las salidas de aquel año se debieron fundamentalmente a defunciones, aunque también se produjeron traslados como luego veremos. En las altas de ese año no existieron diferencias entre sexo, y la mayoría de los pacientes pertenecían al departamento de tranquilos. Las altas, al igual que los ingresos, fueron más en pensionistas que en pacientes de beneficencia.

³⁵³La situación clínica en el momento del fallecimiento no se halla recogida en el 1% las historias, no obstante, en épocas previas llegó a oscilar entre el 21 % y el 37 %. TIERNO (2008), p. 111.

³⁵⁴ VILLASANTE (2008), pp. 57-58.

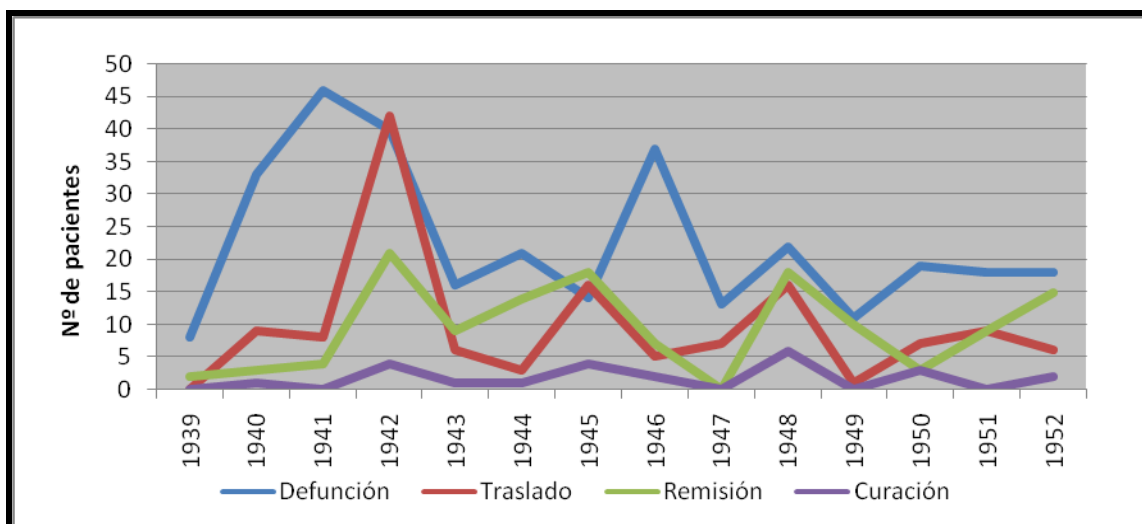


Figura 14. Datos comparados de altas por defunción, curación, remisión, traslados según los partes estadísticos del Manicomio de Leganés (1939-1952).

Los principales motivos de alta al finalizar la guerra fueron similares en otras instituciones del país como en la de Sant Boi³⁵⁵, o el Manicomio de Conxo³⁵⁶ donde se produjo un aumento de las altas por fallecimientos y traslados. Como hemos citado, la causa más frecuente de alta durante el estudio fue la defunción, que en comparación con periodos anteriores fue también la más frecuente; de hecho, durante el periodo de tiempo comprendido entre 1931-1935, o en el periodo de la guerra significó el 71% de las altas³⁵⁷. Las defunciones fueron disminuyendo acercándose sus cifras a las de otros motivos de altas a lo largo del periodo. Esta bajada progresiva de defunciones coincidió con un aumento paralelo de altas por curaciones y remisiones según los partes (figura 14).

Los traslados supusieron el 21% del total de altas, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres y con diagnóstico de esquizofrenia. Hay un pico máximo de traslados coincidente con el año 1942, siendo en su mayoría varones. Las salidas por traslados, referidas en las historias clínicas tan sólo llegaban al 2,8%, lo que supone una diferencia muy elevada con el número de traslados recogidos en los partes estadísticos que ascendía como hemos referido hasta el 21%. La razón podría ser que en los traslados de los partes estadísticos estuviesen incluidas todas las altas por “no regresar de licencia temporales”.

³⁵⁵ COMELLES (1988), p. 170.

³⁵⁶ GONZÁLEZ (1977), pp. 77-80; y datos no publicados del censo manicomial de Conxo extraídos y facilitados por el mismo autor.

³⁵⁷ TIerno (2008), p. 111; VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 183.

Las altas por curación de los partes estadísticos representaban tan sólo un 8% del total. De los pacientes ingresados durante esa década se curaron 11 varones, pertenecientes solamente 2 a la categoría de pobres, y 13 mujeres, todas pensionistas. Todas las curaciones se localizaban en el departamento de tranquilos siendo pacientes diagnosticados de esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva. El año de mayor índice de curación fue 1948 con 3 varones y 4 mujeres. Por otra parte, se registraron un total de 56 remisiones en varones y 77 en mujeres, también mayoritariamente provenientes del departamento de tranquilos. La distribución diagnóstica de las remisiones es más homogénea no obstante seguía prevaleciendo la esquizofrenia.

Cuando en la historia clínica aparecía anotada la situación de curación/remisión/mejoría del paciente al alta, como ocurrió en 40 pacientes, la mayoría cursaba el alta por prescripción facultativa, o bien por no regresar del periodo de licencia (tabla 1).

CAUSAS DE ALTA SEGÚN LAS HISTORIAS CLÍNICAS	PERIODO 1939-1952 (N=547)
Defunción	321 (59,4%)
No regresa de licencia	144 (27%)
Prescripción facultativa (curación, remisión, mejoría...)	28 (4%)
Petición familiar	20 (4%)
Traslado	14 (2,8%)
Petición propia	4 (1%)
Evasión	7 (1%)
No consta	5 (1%)
Orden militar	1 (0%)
Alta judicial	2 (0%)
Fin periodo de observación ³⁵⁸	1 (0%)

Tabla 1. Causas de alta registradas en las historias clínicas en la población manicomial de Leganés (1939-1952).

Si exceptuamos la defunción, el motivo de alta más frecuente en las historias fue el de “no regresar de un permiso temporal”. Habitualmente en la institución muchos pacientes eran dados de alta tras salir con una licencia temporal y no regresar trascurrida

³⁵⁸ Historia clínica 1166. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En tan sólo una historia clínica de julio de 1939 aparecía una anotación donde se señaló que una paciente finalizó el periodo de observación, si bien, continuó ingresada hasta que diez años después, tras recibir tratamiento con cardiazol, y fue dada de alta por remisión de la sintomatología.

la misma³⁵⁹. Sin embargo durante los años de la guerra, no se registró ningún caso de alta por dicho motivo, si bien, de nuevo en la posguerra, estas altas vuelven a ser relevantes, lo cual podría ser porque los familiares no encontraran tantas dificultades para acoger a los internos durante permisos temporales como había ocurrido durante el periodo bélico³⁶⁰.

Conviene recordar que la regulación de las salidas temporales en el Reglamento de 1941 fue el resultado de una combinación entre las condiciones del reglamento previo de 1885 y las del Decreto de 1931. De esta manera, se concedían permisos de tres meses con posibilidad de ampliación excepcional a dos años. El Artículo 54 del Reglamento de 1941 dictaba que “La salida temporal de los enfermos se decretará por la Superioridad cuando el Jefe Facultativo del manicomio lo considere oportuno, pudiendo conceder como ensayos permisos o licencias temporales que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrán concederse salidas provisionales de una duración máxima de dos años, al final de cuyo plazo se canjearan por alta extendida en un documento oficial por el jefe facultativo”³⁶¹.

El siguiente Artículo 55 continuaba “Las salidas temporales sólo se otorgarán a los alienados pobres cuando medie la prescripción facultativa urgente, petición o aceptación de la persona que tenga su representación legal”³⁶². De ese modo los pobres presentaban más dificultad para obtener una licencia ya que sólo podía ser concedida de manera muy limitada.

Las altas por dicho motivo significaron el 27% de las altas registradas. Estos datos fueron similares a los de otras épocas, exceptuando el periodo de la guerra en el cual los permisos manicomiales se limitaron y como hemos comentado, ninguna de las altas respondía a este motivo³⁶³.

Este 27% de altas supuso un total de 144 pacientes, de los cuales 91 fueron mujeres. Un 77% pertenecían al departamento de pensionistas (en su mayoría pensionistas de segunda clase), datos muy similares a los de otras épocas estudiadas³⁶⁴. Podemos pensar que la facilidad que tenían los pacientes pensionistas para poder disfrutar de licencias temporales motivaba el mayor porcentaje de altas por este motivo.

³⁵⁹ Este motivo dio lugar al alta de entre un 25% y un 30% de los pacientes en la Segunda República. TIerno (2008), p. 113.

³⁶⁰ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 184.

³⁶¹ *Reglamento de 1941*, Artículo 54, p. 8700.

³⁶² *Reglamento de 1941*, Artículo 55, p. 8700.

³⁶³ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 184; TIerno (2008), p. 113.

³⁶⁴ *Ibidem*.

La petición familiar contemplada como motivo de alta llegó a ser del 4%, siendo esta cifra más elevada que en épocas previas, como por ejemplo durante los años de la Segunda República en los cuales tan sólo llegó al 1%³⁶⁵.

Por otra parte, el alta por petición propia fue solicitada por cuatro pacientes de diferentes condiciones sociales. Las altas voluntarias estaban recogidas en el Artículo 27º del Decreto de Julio de 1931, si bien, según el decreto, sólo podían ser concedidas en aquellos casos en los cuales el ingreso hubiera sido igualmente, por propia voluntad³⁶⁶. Desconocemos, si en los pacientes a los cuales nos referimos había, además de la petición del paciente, una conformidad e indicación médica que justificase el alta.

El primero de ellos fue un varón soltero de 17 años que ingresó en agosto de 1940 en beneficencia procedente de Madrid y diagnosticado de esquizofrenia endógena y epilepsia sintomática³⁶⁷. El segundo fue una mujer soltera de 72 años que entró, en noviembre de 1943, como pensionista de primera clase procedente del colegio de las escolapias con un diagnóstico de manía crónica³⁶⁸. Casi al final de la década de los años cuarenta ingresó en beneficencia un varón soltero de 27 años en octubre de 1948 con un diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva. Dicho paciente fue dado de alta a petición propia tan sólo un mes después³⁶⁹. El último paciente dado de alta por petición propia fue un varón de 39 años casado que ingresó en noviembre de 1950 como pensionista de segunda clase procedente de Madrid con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide; apenas unos meses después recibió el alta³⁷⁰. Previamente, entre los años 1931 y 1939, tan sólo en dos ocasiones se procedió al alta por petición propia³⁷¹.

El hecho de que el alta por petición propia sólo se llevase a cabo en cuatro ocasiones entre los años 1939 y 1952, junto con la inexistencia de ingresos voluntarios (el único ingreso voluntario fue realizado en diciembre de 1935), nos lleva a pensar, como ya ha sido señalado, la escasa repercusión asistencial de una de las innovaciones fundamentales del Decreto de 1931: la voluntad del paciente³⁷².

Las salidas por evasiones representaron el 1% de las altas. Este porcentaje constituyó un total de siete pacientes, todos ellos varones solteros procedentes de

³⁶⁵ TIERNO (2008), p. 114.

³⁶⁶ *Decreto de Julio de 1931*, (Artículo 27º).

³⁶⁷ Historia clínica 1234. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁶⁸ Historia clínica 1393. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁶⁹ Historia clínica 1618. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁷⁰ Historia clínica 1691. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁷¹ TIERNO (2008), pp. 114-115.

³⁷² *Ibidem*.

Madrid, uno trasladado desde el Hospital Provincial, otro desde Ciempozuelos y otro ingresado por orden judicial.

De estos siete casos, cinco ingresaron durante los años 1939-1952, y otros dos previamente a esos años, uno en septiembre de 1924 diagnosticado de esquizofrenia paranoide y fugado en abril de 1940³⁷³, y el otro en 1930 como pensionista diagnosticado de demencia precoz y que se fugó en diciembre de 1950³⁷⁴. Los cinco pacientes que entraron a partir de 1939 tuvieron una estancia muy reducida en el establecimiento con tres años el de mayor permanencia y dos meses el de menor. Los diagnósticos fueron de personalidad psicopática en todos excepto en uno que padecía una esquizofrenia, siendo éste el único ingresado en el departamento de beneficencia³⁷⁵.

Cuando se producía una fuga de un paciente, el jefe facultativo lo ponía en conocimiento de la administración del manicomio para que buscasen al enfermo³⁷⁶.

«Pongo en su conocimiento que con fecha 5 de octubre se fugó de este establecimiento el enfermo pensionista de segunda clase C. estando en dicha fecha de servicio de guardia el enfermero Don José Mingo desconociendo esta dirección de la situación en que se encuentra dicho enfermo. Según me comunica el celador Don Virgilio Torija en la noche del día 9 del mes en curso se fugó también el enfermo de beneficencia E. siendo el enfermero encargado de la guardia Don Francisco Jurico. Lo que comunico para qué, con la urgencia posible se proceda por el personal encargado a sus órdenes de la búsqueda de dichos enfermos. Dios guarde a usted muchos años. Leganés, 10 de noviembre de 1949. Del Jefe Facultativo a la Señora Administradora del Manicomio»³⁷⁷.

Hemos encontrado un documento, con fecha del 30 de agosto de 1946, del juzgado comarcal de Leganés que se dirigía al director del manicomio, citando en el juzgado a los facultativos y empleados del establecimiento para aportar datos sobre la fuga del interno.

«En cumplimiento de esta orden de la superioridad dimanante de diligencia 24 de agosto de 1946 por evasión de ese establecimiento del

³⁷³ Historia clínica 735. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁷⁴ Historia clínica 990. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁷⁵ Historias clínicas 1514, 1242, 1231, 1594, 1599. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁷⁶ Pocos años después de la inauguración del Manicomio de Leganés, en 1858, se establecieron, unas normas escritas para evitar las fugas del establecimiento. Estas normas fueron dictadas por Pedro Gómez de La Serna, visitador del establecimiento, que además junto con José Miranda de la Paz, primer médico que tuvo el manicomio, ambos realizaron un proyecto de Reglamento interno. Estas normas se pueden consultar en VILLASANTE (2008), p. 65.

³⁷⁷ *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

enfermo D. le dirijo la presente a fin de que el día 7 del próximo mes de septiembre y las 18 horas comparezca usted en este juzgado, así como los empleados de ese establecimiento que puedan dar razón del hecho, determinándose las prendas y efectos que se apoderó aquel al fugarse. Dios guarde a usted muchos años. Leganés, 30 de agosto de 1946. Del Juzgado Comarcal de Leganés (Ignacio Reguera), al Director del Manicomio»³⁷⁸.

«En contestación a su atento oficio del día 30 de agosto de 1946 en el que se cita para ir el día 7 de septiembre en ese Juzgado Comarcal de Leganés al objeto de dar la fuga del recluso D. efectuada el día 24 de dicho mes, puedo comunicar a usted que por encontrarme en esa fecha disfrutando de permiso oficial, y ausente de Madrid, no poseo otros datos acerca del hecho de la información que me han transmitido los médicos y empleados entonces prestaban servicio. Como por otra parte, obligaciones profesionales ineludibles me impiden comparecer en el juzgado a la hora indicada por usted he dispuesto que en mi situación acuda al mismo, el médico de la casa don Aurelio Mendiguchía y aquellos empleados que puedan proporcionar los datos que a usted le interese. Dios guarde usted muchos años. Leganés, 7 de septiembre de 1946. El Jefe Facultativo al Señor Juez Comarcal de Leganés»³⁷⁹.

El número de evasiones registradas aumentó con respecto al de otras épocas, ya que entre 1931 y 1952 fueron de ocho hombres y una mujer³⁸⁰; siete de ellas se produjeron desde el final del periodo bélico hasta 1952. En otras instituciones, sin embargo, las cifras fueron bien diferentes como en el caso del Manicomio de Valencia donde el director del establecimiento denunciaba el aumento del número de fugas como consecuencia de negligencias en el sistema de vigilancia³⁸¹. En el Manicomio de Conxo las salidas por fugas que se contabilizaron entre 1939 hasta 1952 fueron de 106 casos, un número bastante superior al de Leganés, no obstante la población total ingresada superaba la de nuestra institución³⁸².

Las altas quedaban reflejadas en los partes estadísticos y en los evolutivos de las historias clínicas, sin embargo como parte de la documentación anexa encontrada en el Archivo del Manicomio de Leganés, también hemos hallado un modelo escrito de informe de alta definitiva, que a continuación transcribimos. A pesar de su existencia,

³⁷⁸ Historia clínica 1514. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. El caso corresponde a un varón de 18 años soltero que ingresó por indicación médica trasladado del Hospital Provincial, con diagnóstico de Personalidad psicopática. El 13 de agosto de 1946 fue dado de alta por evasión del Manicomio.

³⁷⁹ *Ibidem*.

³⁸⁰ TIERNO (2008), p. 113.

³⁸¹ Entre 1919 y 1930 el director del establecimiento valenciano llegó a contabilizar 130 fugas aunque hay que tener en cuenta que el número de pacientes en los años treinta en dicho establecimiento pasaban del millar de ingresados. HEIMANN (2006), pp. 450-451 y 438.

³⁸² Datos no publicados del censo manicomial de Conxo extraídos y facilitados por Emilio González.

no se ha utilizado en ninguna de las historias clínicas y no parece que, en ningún documento oficial, se obligase al registro de las altas en el citado formato.

«Tipo de informe para alta definitiva.

Los que suscriban Jefe Facultativo y Médico Auxiliar Residente respectivamente de este Manicomio, tienen el honor de informar y exponer a V. E. que el enfermo a que se refiere la presente instancias se encuentra, en efecto, mejorado de la perturbación mental que padece y justificó su ingreso; pues dentro del Establecimiento se observa una regular conducta dentro de una normalidad ostensible, por lo que los profesores que suscriben estiman debe concedérsele la licencia que se solicita por Doña, Fulana de tal y tal madre del enfermo Don---. Debiendo hacer la advertencia a la superioridad que por las condiciones anormales en que se solicita su salida debe declinarse la responsabilidad de sus acciones en la solicitante de la instancia si es que puede ejercer ofrecer garantía de su vigilancia y custodia. Certificado que debe añadirse lo siguiente: habiéndose comprobado que su proceso se caracteriza por---»³⁸³.

5. LA MORTALIDAD PSIQUIÁTRICA

5.1. Mortalidad asilar española

El hambre y las enfermedades se incrementaron durante la Guerra Civil y fundamentalmente en la inmediata posguerra, aumentando en consecuencia la mortalidad en la población general³⁸⁴. Previamente, la mortalidad española durante la primera mitad del siglo había presentado una tendencia descendente, salvo con dos excepciones: la pandemia de gripe de 1918 y la Guerra Civil³⁸⁵. A partir de 1942, tras los primeros años de posguerra, la mortalidad española comenzó de nuevo a descender hasta la década de los cincuenta, alcanzando un nivel inferior al 1%³⁸⁶.

El Instituto Nacional de Estadística registraba los índices de mortalidad anual de pacientes en instituciones asilares no sanitarias en las diferentes capitales de provincias. Gracias a ello, las cifras de defunciones en el Manicomio de Leganés obtenidas a través

³⁸³ Jefatura facultativa “modelos de informes”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

³⁸⁴ CRIADO AMUNATEGUI, A. (1956), La mortalidad en España en los años 1901 a 1950, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1 (2), 1-101; ROBLES GONZÁLEZ, E., GARCIA BENAVIDES, F., BERNABEU MESTRE, J. (1996), La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990, *Revista Española de Salud Pública*, 70, 221-233; CARRERAS, A., TAFUNELL, X. (coordinadores), (2005), *Estadística histórica de España: siglo XIX-XX*, Fundación BBVA, p. 85; SANZ GIMENO, A., RAMIRO FARÍÑAS, D. (2002), La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte, *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24, 151-188.

³⁸⁵ PORRAS GALLO, M. I. (1994), *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918 1919 en Madrid*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina.

³⁸⁶ ROBLES GONZÁLEZ, GARCÍA BENAVIDES, BERNABEU MESTRE (1996), p.224.

de los partes estadísticos se completan y comparan con datos que publicó el INE relativos a cifras de mortalidad en pacientes ingresados en asilos y hospicios de beneficencia³⁸⁷.

Durante los primeros años de la década de los años treinta el INE registró la mortalidad institucional, y aunque fue interrumpido por la Guerra Civil, volvió a reaparecer en 1940³⁸⁸. A pesar de la recogida anual de los datos sobre la mortalidad en las instituciones asilares no sanitarias durante toda la década de los cuarenta, habría que esperar hasta 1944 para que se publicaran cifras de mortalidad sobre instituciones manicomiales, apareciendo regularmente en los anuarios estadísticos correspondientes, a partir de entonces. Es posible que la recogida de datos a partir de 1944 fuera consecuencia de la petición efectuada por Manuel González Ferradas, tan sólo un año antes, en la cual se lamentaba ante la imposibilidad de cuantificar la mortalidad de los enfermos mentales, ni sus causas, por lo que propuso el manejo de fichas especiales destinadas a ello³⁸⁹. Sin embargo, esta deficiencia fue subsanada sólo parcialmente, ya que, si bien el INE cuantificó las muertes al año siguiente, no se analizaron los motivos de dicha mortalidad³⁹⁰.

En las diferentes provincias españolas a mediados de los años cuarenta, se apreciaban enormes variaciones entre instituciones, influidas, sin duda, por las diferentes condiciones asilares y por las características de los asilados que no se especificaban en el registro del INE³⁹¹(anexo 9).

5.2. Mortalidad psiquiátrica

Algunas publicaciones recientes fuera de nuestras fronteras, han abordado como el aumento de mortalidad que se originaba en la población civil tras las guerras, fue aún mayor en las instituciones asilares como los manicomios³⁹².

³⁸⁷ Los trabajos sobre instituciones psiquiátricas en la posguerra son escasos y los datos aportados no han utilizado estos partes estadísticos “oficiales” como fuente, así pues desconocemos si no se utilizaron o son investigaciones aún pendientes. Estos datos deberían estar en los archivos de las diputaciones provinciales o los antiguos gobiernos civiles. COMELLES (1988), p. 170.

³⁸⁸ TIerno (2008), pp. 116-117.

³⁸⁹ GONZÁLEZ FERRADAS (1943), pp.1-10.

³⁹⁰ Tan sólo hemos encontrado los motivos de fallecimientos registrados en los años 1941 y 1942, si bien posteriormente no volvieron a presentarse. Fallecidos, clasificados por causas de muerte en los años 1941 y 1942. Fondo Documental del INE. Anuario 1943, p. 1289.

³⁹¹ Los documentos estadísticos recogen el número de asilos y hospicios en cada ciudad española, si bien no especifica que tipo de institución era cada uno de ellas.

³⁹² SUZUKI, A. (2003), A Brain Hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-1945, *History of Psychiatry*, 14, 337-360, p. 349; ODIER, S. (1995), Saint-Egrève, des horreurs de Vichy à la médicalisation d'un asile (1930-1960), *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, 2

En España, después de la Guerra Civil muchos manicomios quedaron o bien destruidos o bien en precarias condiciones. Esta situación, junto con la falta de financiación y la penuria económica llevó entre otros motivos, a un aumento de la mortalidad en los asilos³⁹³, situada según González Ferradas (Inspector General de Asistencia médico-social y Jefe de la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad) entre un 6 y un 33 por ciento. Cabe señalar que la tasa de mortalidad media en España al finalizar la guerra era del 17 por mil³⁹⁴.

Generalmente los trabajos sobre las defunciones de pacientes en establecimientos manicomiales no pasan la barrera de la Guerra Civil³⁹⁵; sin embargo, podemos citar algunos estudios que abordan los primeros años de la posguerra, como el trabajo de Emilio González que aporta datos sobre el Manicomio de Conxo³⁹⁶, o las publicaciones de Josep María Comelles que nos permiten realizar comparaciones muy interesantes sobre registros de ingresos, altas y mortalidad asilar³⁹⁷. El libro referente al Hospital Psiquiátrico de Valladolid, sin embargo, no permite efectuar una comparación ya que son datos de mortalidad que abarcan un periodo temporal desde 1950 hasta 1975³⁹⁸.

Observamos en la siguiente figura (figura 15) una comparativa de los datos de mortalidad manicomial y asilar durante todo el periodo en el territorio nacional con las tasas anuales de mortalidad del Manicomio de Leganés a partir del estudio de la muestra. Durante la primera posguerra, las cifras tuvieron un balance muy negativo para la población del manicomio siendo más elevadas que en el resto de las instituciones que

(3), 117-126; este mismo autor publicó en el año 2006 una tesis doctoral: ODIER, S. (2006), *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1955)*, Thèse d'histoire soutenue à l'Université Lyon 3 Jean Moulin; y parte de este trabajo se encuentra en: ODIER, S. (2007), *La surmortalité des asiles d'aliénés français durant la Seconde Guerre Mondiale (1940-1945)*, *Frenia*, 7, 145-166; RIOS MOLINA, A. (2009), *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, D. F., El Colegio de México, A.C, pp. 160-161; VON BUELTZINGSLOEWEN, I. (2009), *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Éditions Flammarion.

³⁹³ En el Manicomio de Leganés también se produjo un aumento de la mortalidad durante la guerra y principios de la posguerra, en contraste sin embargo con los primeros años de la década de los treinta. TIerno (2008), pp. 114-115.

³⁹⁴ GONZÁLEZ FERRADAS (1943), pp. 1-10.

³⁹⁵ HEIMANN NAVARRA (1994); MOLLEJO APARICIO, E. (2001), *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*, Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina; GARCÍA RODRÍGUEZ, M. A. (2003), *El manicomio de Valencia en el siglo XIX*, Tesis Doctoral, Universitat de València.

³⁹⁶ GONZÁLEZ (1977), pp. 76-80.

³⁹⁷ COMELLES (1980), pp. 391-392; COMELLES, J. M., MARTÍNEZ HERNAEZ, A. (1994), *The Dilemmas of Chronicity: the Transition of care policies from the authoritarian states to the welfare state in Spain*, *International Journal of Social Psychiatry*, 40 (4), 283-295.

³⁹⁸ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 317-331.

aportaron datos. De todas maneras hay que recordar que estas cifras con las que se han comparado las mortalidades del Manicomio de Leganés son valores medios, ya que las cifras concretas de mortalidad en manicomios oscilaban enormemente, llegando a mortalidades del 33%, según literatura de la época³⁹⁹.

Por lo general, las cifras de mortalidad en asilos no manicomiales se mantuvieron paralelas a las psiquiátricas, aunque siempre en un porcentaje inferior, probablemente debido a una mayor edad de los pacientes de los manicomios con respecto a los hospicios (en éstas se incluían los orfanatos), que albergarían a una población cuyo rango de edad era más amplia⁴⁰⁰.

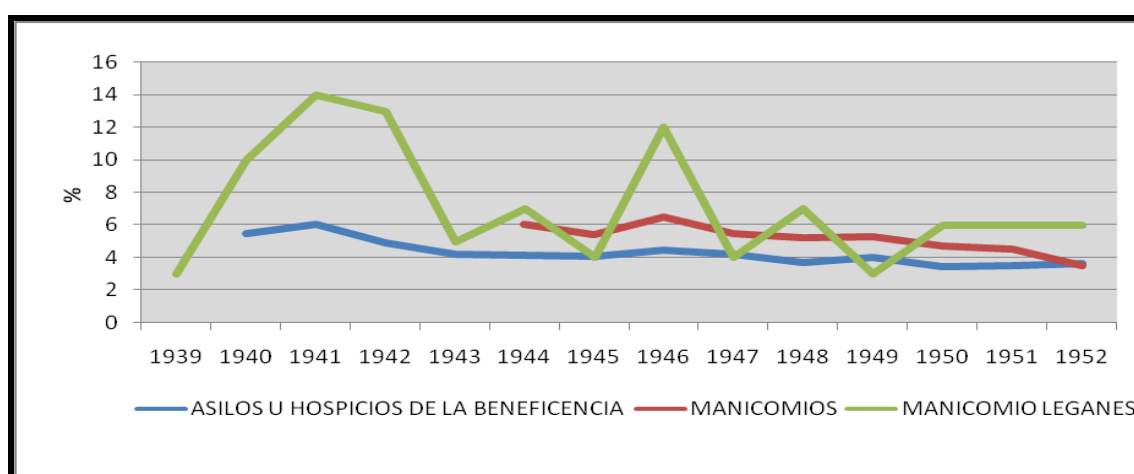


Figura 15. Tasas de mortalidad anual del Manicomio de Leganés comparadas con manicomios en territorio nacional y asilos u hospicios de la beneficencia de las capitales de provincia.

Aunque el principal motivo de alta de los pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés fue la defunción, se produjo un descenso progresivo de la mortalidad a medida que avanzaba la década de los cuarenta. Este descenso es paralelo al observado en la población general llegando a las cifras más bajas a finales de los cuarenta, aunque los valores se mantuvieron por encima de los registrados en la población general.

En la institución se produjo, al igual que en la población civil, un aumento de la mortalidad durante la guerra y principios de la posguerra, contrastando con los años anteriores que sufrieron un descenso paulatino hasta el inicio de la contienda⁴⁰¹. En el

³⁹⁹ GONZÁLEZ FERRADAS (1943), pp. 1-10.

⁴⁰⁰ Los datos de mortalidad de los manicomios y asilos de beneficencia han sido tomados del Fondo Documental del Instituto Nacional de Estadística.

⁴⁰¹ TIerno (2008), pp. 114-115.

Manicomio de Leganés, las defunciones como motivo de alta de los ingresados estaban recogidas en los partes estadísticos, aunque en números absolutos.

Las tasas de mortalidad anual de los pacientes en la posguerra oscilaron entre un 2% y un 15% (figura 15). Estas tasas de mortalidad durante la inmediata posguerra fueron como era de esperar más elevadas que las del resto de la década, oscilando entre 1940 y 1942 del 10,6% hasta el 14,98%⁴⁰².

Los motivos principales de defunción durante esos primeros años fueron la “enteritis aguda” y la “colitis crónica”, como luego detallaremos. En la inmediata posguerra, este ascenso de la mortalidad pudo estar justificado por las malas condiciones socioeconómicas tras la Guerra Civil, que además de repercutir en la población general, afectaban también a los internados en el manicomio.

Estos valores de mortalidad iniciales, fueron descendiendo a medida que transcurría la década, exceptuando un segundo pico en 1946, comenzando paralelamente un discreto incremento de la población ingresada. La menor tasa de mortalidad se alcanzó en 1949 con un registro de un 3,1%. El descenso en las cifras de mortalidad también fue paralelo al de la población española que, a partir de 1942, descendió definitivamente hasta la década de los 50 alcanzado un valor con un nivel inferior al 1%⁴⁰³. Aún así, estos porcentajes de la población general se encontraban por debajo de nuestras cifras, ya que en el Manicomio de Leganés se llegó, a primeros de los cincuenta, a tasas de mortalidad de 5,3% (1950), 5% (1951) y 4,9% (1952).

La mortalidad en otros establecimientos psiquiátricos fue incluso más elevada como en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid que, de 1950 a 1952 se situó en 7,86%, 7,84% y 6,12%⁴⁰⁴. En el Manicomio de Sant Boi y en el Instituto Mental de la Santa Creu, ambos en Cataluña, la tasa de mortalidad anual en 1950 se encontraba en 7,42%⁴⁰⁵. Según Emilio González, en el Manicomio de Conxo el censo manicomial disminuyó a costa de las muertes dentro de la institución, y no fue hasta 1952, coincidiendo, con la recuperación económica española, cuando comenzó a descender el número de fallecidos⁴⁰⁶. Las tasas de defunción en la población manicomial de Conxo

⁴⁰² Las tasas de mortalidad durante la Guerra Civil oscilaron entre un 5,51% y casi un 10% en 1936 y 1937 respectivamente hasta un 2,91% en los últimos meses de la guerra. VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 187.

⁴⁰³ ROBLES GONZÁLEZ, GARCÍA BENAVIDES, BERNABEU MESTRE (1996), p. 224.

⁴⁰⁴ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), p. 317.

⁴⁰⁵ En el Manicomio de Sant Boi y el Instituto Mental de la Santa Creu la tasa de mortalidad anual entre 1943 y 1950 se encontraba en el 6,78% (para una media de 597 internos), COMELLES (1988), p. 167.

⁴⁰⁶ El censo de la población manicomial que hasta antes de la guerra estaba alrededor de los 950-1000 pacientes; con la guerra y la posguerra bajó a causa de las defunciones. Posteriormente a partir de 1952

tras finalizar la contienda llegaron a alcanzar cifras del 31,7% como ocurrió en el año 1941, siendo al año siguiente del 18,9%. No fue hasta 1952, cuando ésta se redujo al 6%.

Las tasas de mortalidad en los manicomios de Leganés y Conxo se comportaron de forma similar, alcanzando valores máximos tras la guerra. Si bien la mortalidad en Conxo fue más acusada que en Leganés, observamos en cualquier caso que tanto en ambas instituciones como en el Instituto Mental de la Santa Creu la tendencia fue análoga, acercándose los valores e igualándose en los inicios de los años cincuenta.

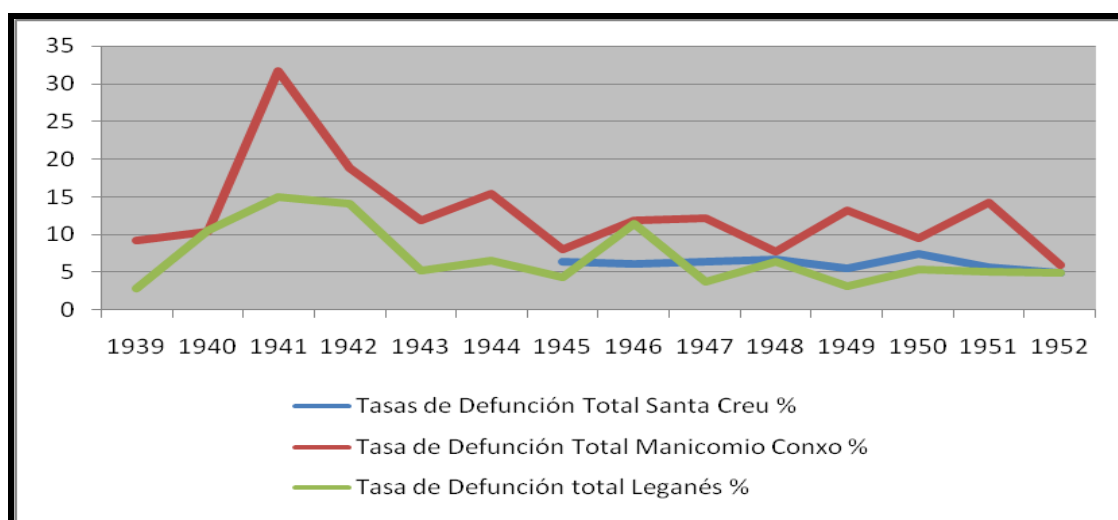


Figura 16. Tasas de Mortalidad en población total en el Manicomio de Leganés (1939-1952) comparada con el Instituto Mental de la Santa Creu (1945-1952) y el Manicomio de Conxo (1939-1952).

En relación a las diferencias entre sexo, en el Manicomio de Leganés la mortalidad fue mayor en varones que en mujeres⁴⁰⁷. Si bien hubo excepciones como en los años 1944 y 1951, en 1944 el 3,8% de las defunciones eran en varones y el 9,03% era en mujeres, y en 1951, el 2,8% de defunciones tuvieron lugar en el departamento de hombres y el 7,1% en el de mujeres. La tasa mayor de defunciones en varones fue de 17,8% en 1941, y la menor, en 1951, con un valor, ya señalado, del 2,81%. En mujeres el año que presentó la tasa más elevada fue el de 1942 con un 12,5% y, el menor, 1949 con un 2,73% (anexo 8).

comenzó a aumentar nuevamente, siendo en 1952 de 984 y en 1953 de 1091 pacientes. GONZÁLEZ (1977), pp. 77-79.

⁴⁰⁷ La mortalidad fue también mayor en hombres que en mujeres durante la Segunda República y la guerra, a excepción del año 1937. En TIERNO (2008), p. 115.

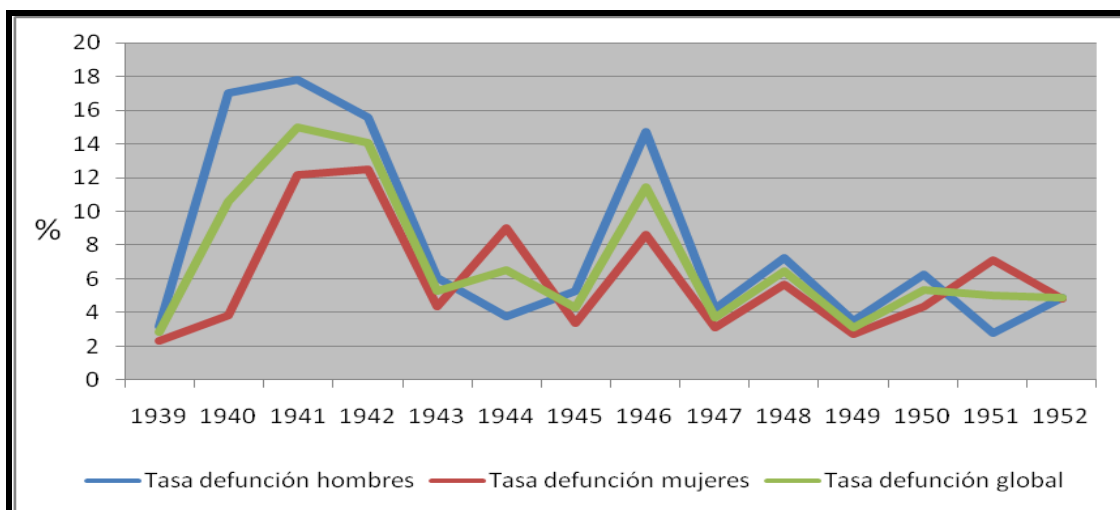


Figura 17. Tasas de Mortalidad en hombres, mujeres y población total manicomial de Leganés (1939-1952).

Las tasas de mortalidad en el Instituto Mental de la Santa Creu, seguían un patrón similar al de Leganés con mayor tasa en la población de varones durante los primeros cuarenta. Por otra parte, se advierte una tendencia descendente a finales de la década de los cuarenta, igualándose las tasas para ambos sexos en los cincuenta⁴⁰⁸.

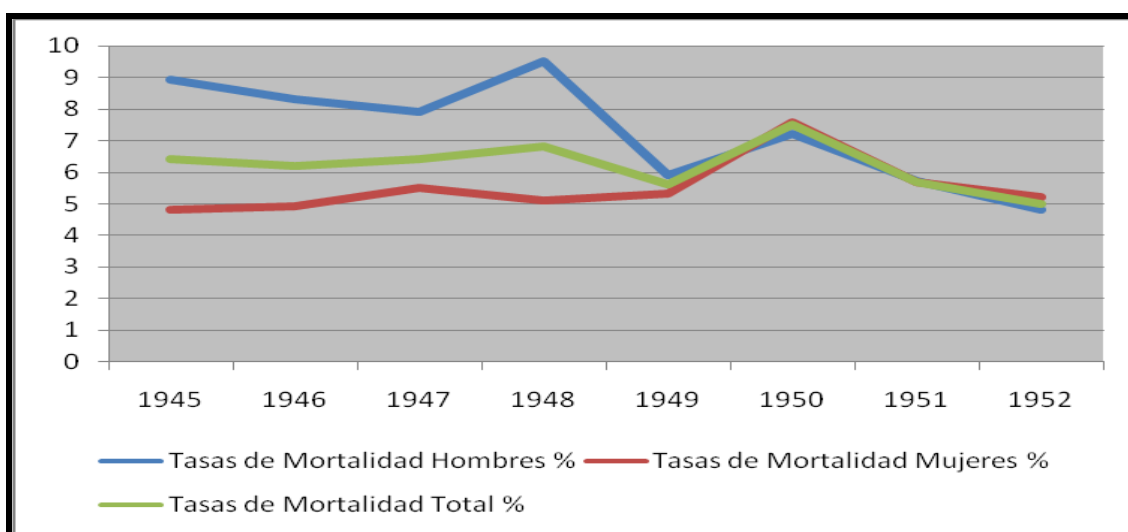


Figura 18. Tasas de Mortalidad en hombres, mujeres y población total en el Instituto Mental de la Santa Creu (1945-1952).

Al comparar los pacientes según su categoría pecuniaria, fallecieron cada año más pacientes de beneficencia que pensionistas (figura 19), probablemente relacionado con las condiciones higiénicas y el tamaño de los departamentos para cada clase de

⁴⁰⁸ Datos que se encuentran en el Archivo del Instituto Mental de la Santa Creu. COMELLES, (1980), pp. 391-392.

pacientes, ya que desde la apertura del Manicomio de Leganés, las estancias para pensionistas eran más cuidadas por lo que disminuía la capacidad de contagio⁴⁰⁹ (anexo 10). Únicamente en el año 1948 se produjeron más defunciones en el departamento de pensionistas aunque desconocemos el motivo.

Durante la inmediata posguerra, en los años 1941 y 1942, las tasas de defunciones en pacientes pobres llegaron al 19% y 17% respectivamente frente al 12% y 10% en pensionistas. Podemos comparar, a modo de ejemplo, el grado de repercusión de las guerras en las poblaciones manicomiales utilizando cifras publicadas en un trabajo de Suzuki sobre la población psiquiátrica en el Hospital Ohji Brain y Komine⁴¹⁰. El autor examina, entre otros aspectos, las defunciones de pacientes y señala que, en pacientes “privados” que pagaban por su estancia, en 1942 la mortalidad fue del 8,5%, y en los años de la II Guerra Mundial estas tasas se incrementaron de la siguiente manera: en 1944 llegaron al 19,1% y, en 1945, hasta el 17,2%. En pacientes “públicos” la devastación fue mucho mayor, pasando del 16,8% en 1942 al 46,8% en 1944⁴¹¹.

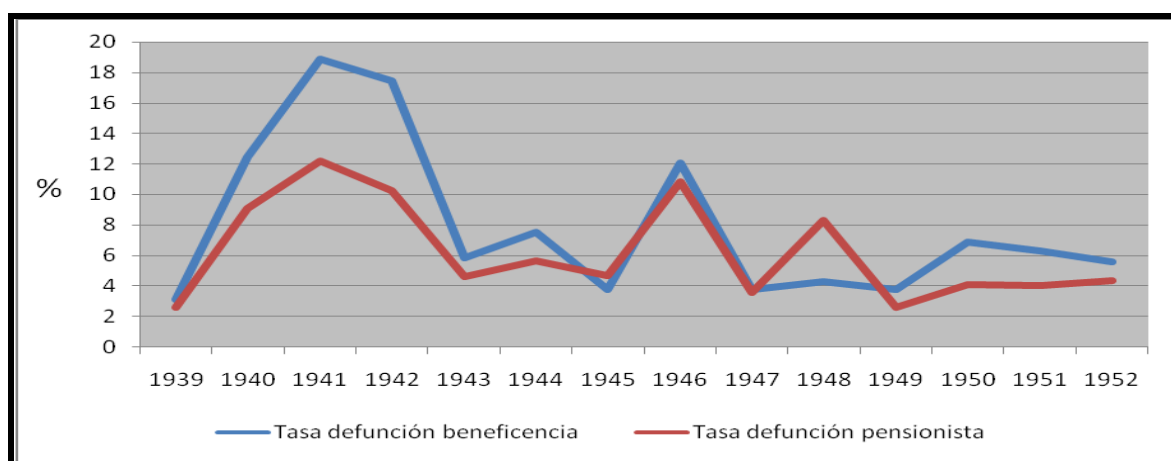


Figura 19. Tasas de Mortalidad en la población manicomial de Leganés según clasificación administrativa (1939-1952).

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, fallecían más esquizofrénicos debido a que ésta era la patología más frecuente, sin que se haya podido demostrar una relación entre determinadas patologías mentales y defunciones. La distribución de las tasas de defunción por grupo de edad indican (tabla 2), por orden de frecuencia, que la

⁴⁰⁹ En el AGA hemos encontrado un plano del establecimiento, con fecha del 6 de diciembre de 1939, en el cual se dibujan las estancias de pensionistas y beneficencia, así como otros departamentos de hombres y mujeres en general y otras estancias del Manicomio de Leganés.

⁴¹⁰ En ningún trabajo nacional hemos encontrado datos sobre defunciones, según la categoría administrativa en instituciones psiquiátricas.

⁴¹¹ SUZUKI (2003), p. 349.

mayor mortalidad afectó a la población manicomial mayor de 65 años, siguiéndole en frecuencia la población entre 41 y 65 años. La media de edad entre los fallecidos fue de tan sólo 42 años, que coincidía también con la edad más frecuente de ingreso de pacientes. Los datos obtenidos en décadas anteriores del Manicomio de Valencia eran de una edad media entre los fallecidos de 46 años⁴¹². El 30% de los pacientes que fallecieron en el Manicomio de Leganés llevaban menos de un año ingresados⁴¹³.

GRUPO DE EDADES	TASAS DE MORTALIDAD
Grupo \leq a 16 años	40%
Grupo de 17 a 25 años	34%
Grupo de 26 a 40 años	42%
Grupo de 41 a 65 años	49%
Grupo de 66 a 75 años	77%
Grupo \geq 75 años	87%

Tabla 2. Distribución de tasas de mortalidad en función de los grupos de edad.

Del grupo de pacientes menores o iguales a los 16 años, al cual pertenecían cinco ingresados, dos de ellos fallecieron apenas un año tras su ingreso, uno a consecuencia de una endocarditis, en 1942, y otro por una neumonía, en 1941⁴¹⁴. Durante 1852-1936 en el Manicomio de Leganés ingresaron 73 menores de 18 años, de los cuales 45 fallecieron en la institución (por causas neurológicas, TBC, y cardiológicas)⁴¹⁵. Si ampliamos, en nuestro estudio, el rango a 18 años, para así comparar con el resto de periodos en la institución murieron 8 de los 23 menores de 18 años que ingresaron.

6. CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MANICOMIO

Las causas de mortalidad en el Manicomio de Leganés estaban recogidas en el interior de las historias clínicas de los pacientes que fallecían, como una anotación más de las evoluciones. En los partes estadísticos éstas no se detallan, por lo que su estudio

⁴¹² HEIMANN (2006), p. 439.

⁴¹³ En las primeras décadas del siglo XX en el Manicomio de Valencia de los pacientes fallecidos, el 40% tuvieron una estancia menor a un año. HEIMANN (2006), p. 440.

⁴¹⁴ Historias clínicas 1226 y 1247. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴¹⁵ DEL CURA (2003), p. 630.

se ha efectuado a través de la información de las historias; no obstante, debemos tener en cuenta que, en el 6% de los casos no se transcribió la causa de muerte.

En la tabla siguiente (tabla 3) hemos agrupado las causas de fallecimiento por sistemas y diferenciando las de origen infeccioso de las que no lo eran. Las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades cardio-circulatorias no infecciosas (miocarditis, insuficiencias cardíacas y cardiopatías isquémicas), junto con las afecciones neurológicas no infecciosas (apoplejías, epilepsias, esclerosis cerebrales y reblandecimientos)⁴¹⁶. Las siguientes fueron las enfermedades respiratorias (tuberculosis fundamentalmente) y las digestivas (principalmente colitis y enterocolitis) ambas de naturaleza infecciosa.

CAUSAS DE MORTALIDAD	HOMBRE %	MUJER %	TOTAL %
Cardiocirculatorias	30,5	18	25
- Infecciosas	3,5	3	3
- no infecciosas	27	15	22
Neurológicas	14	28	21
- Infecciosas	1	0	1
- no infecciosas	13	28	20
Digestivas	18	13	15
- Infecciosas	13	8	10
- no infecciosas	5	5	5
Respiratorias	13	19	19
- Infecciosas	11	19	18
- no infecciosas	2	0	1
Nefro-urológicas	8	5	6
- Infecciosas	0	0	0
- no infecciosas	8	5	6
Infecciones generales	2,3	3,3	3
Otras	4	6	5
No consta	5,2	6,6	6

Tabla 3. Causas de mortalidad distribuidas por sistemas diferenciando el origen infeccioso o no (N=323).

Por grupos de edad, las causas de origen cardio circulatorias no infecciosas se mantienen como las más frecuentes en todas las edades hasta el grupo de mayores de 76 años, donde la principal causa de muerte pasaba a ser neurológica no infecciosa. Con

⁴¹⁶ Las principales causas de fallecimientos en el manicomio durante la guerra fueron las digestivas y las neurológicas. VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 191.

respecto a las causas infecciosas, las más frecuentes fueron las respiratorias (incluyendo la tuberculosis).

CAUSAS DE MORTALIDAD (%)	≤ 16	17 a 25	26 a 40	41 a 65	66 a 75	≥76	Total
Cardiocirculatorias	50	26,8	22,5	27,4	24,1	15,8	24,9
- Infecciosas	25	3,6	2,7	3,9	3,4	0	3,4
- no infecciosas	25	23,2	19,8	23,5	20,7	15,8	21,5
Neurológicas	25	15	17,1	20,7	24,1	52,6	20,9
- Infecciosas	0	0	0	2,0	0	0	0,6
- no infecciosas	25	15	17,1	18,7	24,1	52,6	20,3
Digestivas	0	25	19,8	9,8	6,9	5,3	15,3
- Infecciosas	0	19,6	12,6	5,9	6,9	0	10,3
- no infecciosas	0	5,4	7,2	3,9	0	5,3	5
Respiratorias	25	21,4	17,3	19,6	24	10,6	18,9
- Infecciosas	25	21,4	17,3	17,6	20,6	5,3	17,7
- no infecciosas	0	0	0	2	3,4	5,3	1,2
Nefro-urológicas	0	1,8	7,2	9,8	3,4	5,3	6,2
- Infecciosas	0	0	0	0	0	0	0
- no infecciosas	0	1,8	7,2	9,8	0	5,3	6,2
Infecciones generales	0	0	4,5	2,9	3,4	0	2,8
Otras	0	3,6	6,3	3,9	0	10,6	7,6
No consta	0	5,4	4,5	5,9	17,2	0	5,9

Tabla 4. Distribución de causas de mortalidad en función de los grupos de edad.

Las infecciones generales representaron un porcentaje escaso dentro de las causas de mortalidad; tan sólo cinco casos documentados fallecieron a causa de septicemias, gangrenas o abscesos. El grupo de defunciones agrupado bajo el término “*otras*” incluía suicidios, agotamientos físicos, vejez, neoplasias y efectos secundarios de tratamientos administrados.

Los suicidios registrados fueron tres, todos ellos durante el primer año de estancia en el establecimiento, siendo pacientes solteros que habían ingresado como pensionistas de segunda clase. Uno de ellos era una mujer de 37 años diagnosticada de melancolía con ansiedad que fue tratada con piritoterapia y hábitos higiénicos dietéticos⁴¹⁷. Los otros dos eran varones de 25 y 26 años diagnosticados de

⁴¹⁷ Historia clínica 1237. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

esquizofrenia y recibieron tratamiento con electrochoque y Sakel⁴¹⁸. No existen muchos detalles sobre los suicidios, ya que solamente apareció en sus historias una anotación con la fecha y cómo se había encontrado a los pacientes en su celda; en los tres casos fue ahorcamiento⁴¹⁹.

Las causas de fallecimiento variaron en función del sexo (figura 20). En los pacientes varones, el 30,5% de las muertes fueron debidas a afecciones cardiocirculatorias, frente al 18% de las muertes en mujeres; sin embargo, la principal causa en mujeres fue la neurológica con un 28% de las defunciones.

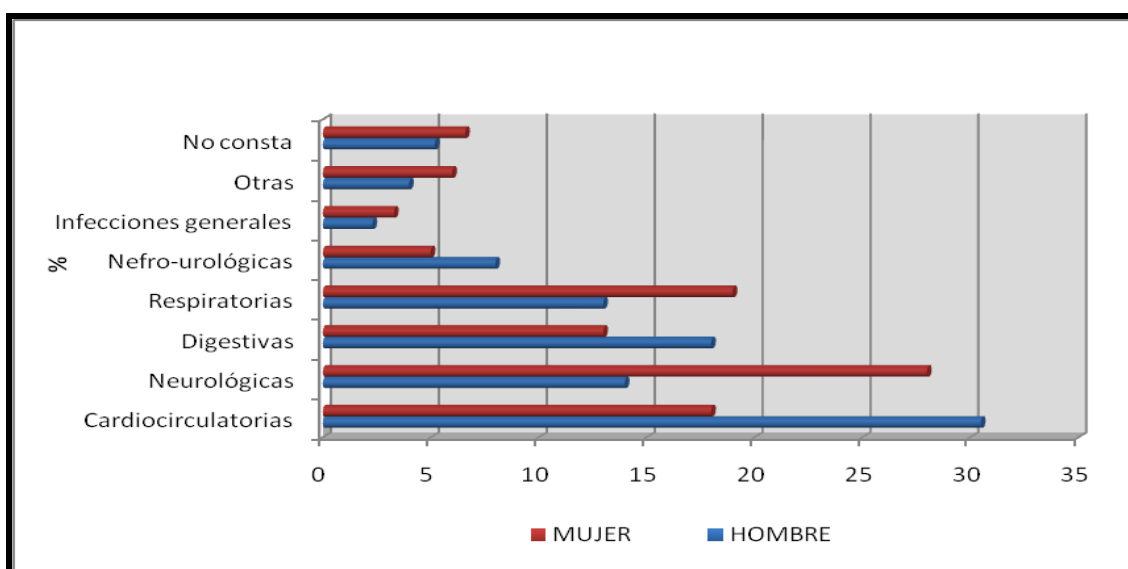


Figura 20. Causas de mortalidad agrupadas en sistemas de pacientes fallecidos en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (N=323).

Las tasas de mortalidad no infecciosas siguieron un comportamiento paralelo a las infecciosas (figura 22), con dos aumentos significativos; en la inmediata posguerra y en el año 1946. Las defunciones en este grupo fueron fundamentalmente debidas a causas cardiocirculatorias no infecciosas (miocarditis, insuficiencias cardiacas y cardiopatías isquémicas) junto con las afecciones neurológicas no infecciosas (apoplejías, epilepsias, esclerosis cerebrales y reblandecimientos). Ya hemos comentado que ambos grupos de enfermedades fueron las principales causas de fallecimiento en la institución, encontrándose también entre las primeras cinco causas de defunción de

⁴¹⁸ Historias clínicas 1524 y 1578. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴¹⁹ No ocurría igual en otras instituciones españolas donde se describían los acontecimientos acaecidos en torno al suicidio. HEIMANN (2006), pp. 454-455.

otros establecimientos nacionales como el Hospital de Valladolid⁴²⁰. Coincidió además con las principales causas en la población general a finales de los años cuarenta, época en la que el primer lugar también era ocupado por las enfermedades cardiocirculatorias, seguidas por la neumonía y bronquitis, tuberculosis y en cuarto lugar los accidentes vasculo cerebrales⁴²¹.

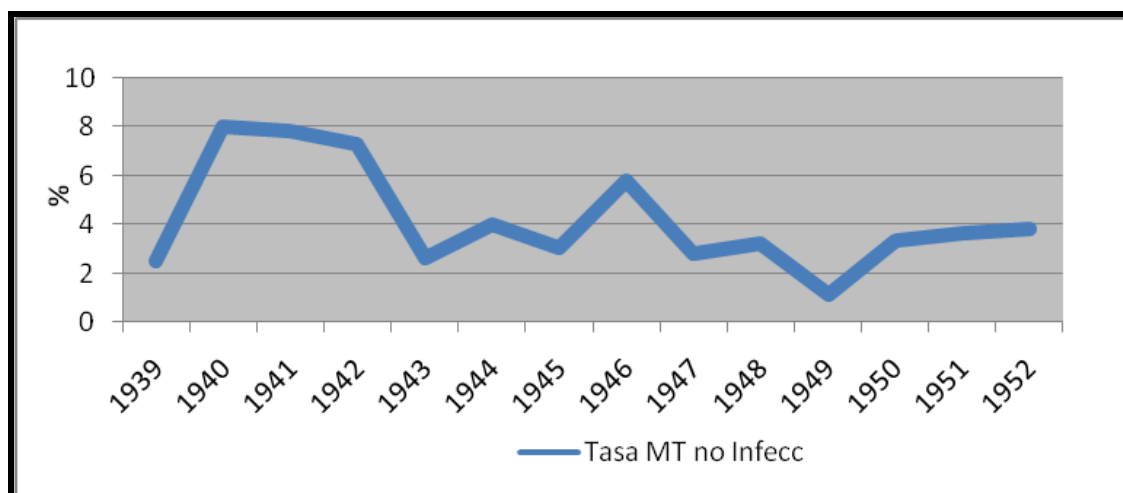


Figura 21. Tasa de mortalidad anual de causa no infecciosa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Durante la inmediata posguerra continuó la tendencia ascendente de la tasa de mortalidad que había comenzado en la Guerra Civil, justificada por las malas condiciones socioeconómicas tras la contienda que repercutieron no sólo en la población general sino también en la población manicomial.

6.1. Infecciones en el Manicomio de Leganés durante la posguerra

Payne recordaba que durante los cinco años que siguieron al término de la Guerra Civil, la desnutrición y las enfermedades provocaron como mínimo 200.000 muertes por encima de las cifras de preguerra. La tuberculosis pulmonar se cobró al menos 25.000 vidas por año. En 1941 se registraron 55.000 muertes por diarreas y enteritis, 4.168 por fiebre tifoidea y 1.644 por tifus exantemático⁴²². Tras la guerra las

⁴²⁰ En 1950 las cinco primeras causas de muerte en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid fueron en primer lugar el marasmo, en segundo lugar la TBC, luego las enfermedades cardio circulatorias, en cuarto lugar las gastrointestinales y por último los accidentes vasculares. GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992) p. 331.

⁴²¹ En la población general la primera causa de defunción eran las enfermedades cardiocirculatorias, en segundo lugar las neumonías, bronquitis y gripe, en tercer lugar la TBC, luego estaban los accidentes vasculares, y por último los tumores malignos. Fallecidos, clasificados por causas de muerte y sexo, Extraído de la guía anuario de INE. Fondo documental del Instituto Nacional de Estadística.

⁴²² PAYNE, S. (1987), *El Régimen de Franco*, Alianza Editorial, Madrid, p. 267.

enfermedades infecciosas se reprodujeron como brotes de viruela, difteria y tifus, lo cual ocupó la atención de las autoridades sanitarias durante los primeros años del Nuevo Régimen⁴²³. Como reconoció el Director General de Sanidad, José A. Palanca, en el otoño de 1939 fue preciso actuar contra tres epidemias simultáneamente: viruela, difteria y tifus⁴²⁴.

En el Manicomio de Leganés no se registró ninguna muerte por tifus en el periodo estudiado⁴²⁵; no obstante se advirtió preocupación por parte de la dirección de la institución por obtener las vacunas antitíficas. En el siguiente documento el jefe facultativo insistía en la necesidad de recibir medicación para poder tratar a los pacientes de beneficencia que no podían acceder a ella por motivos económicos.

«Esta Jefatura Facultativa se dirige respetuosamente a usted con el objeto de que por esa Ilustrísima Dirección General de Beneficencia se solicite del Ilustrísimo Señor Director General, de Sanidad la concesión a este Establecimiento de las dosis de vacunas antitíficas necesarias para vacunar a los 170 enfermos y enfermas de beneficencia actualmente ingresados en el Manicomio, los cuales carecen naturalmente de recursos para sufragar el coste del medicamento. La vacunación según las disposiciones vigentes, tienen carácter obligatorio, y a ello obliga el estado sanitario de la Provincia de Madrid. Dios guarde a usted muchos años. Leganés, 16 de julio de 1949. El Jefe Facultativo»⁴²⁶.

Los datos que aparecen en el Manicomio de Leganés son coincidentes con otros estudios en los que se afirma que, en España, se modificó el perfil epidemiológico en los años cincuenta. A partir de esa fecha el patrón de mortalidad debido a enfermedades infecciosas se modificó por un nuevo perfil caracterizado por la mortalidad debida a

⁴²³ Para Jiménez Lucena, la epidemia de tifus exantemático durante los primeros años de posguerra fue utilizada por el Nuevo Régimen con la intención de legitimar su sistema de valores tras la guerra. JIMÉNEZ LUCENA, I. (1994), El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del «Nuevo Estado», *Dynamis*, 14, 185-198. También ocupó el interés en esos años la lucha contra el paludismo; véase: RODRÍGUEZ OCAÑA, E., BALLESTER AÑON, R., PERDIGUERO, E., MEDINA DOMÉNECH, R.M., MOLERO MESA, J. (2003), *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Madrid, CSIC; o la propia Ley de Bases de Sanidad que dedica la base novena a la lucha contra el paludismo. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de noviembre de 1944, 331, pp. 8908-8936, 8917.

⁴²⁴ PALANCA, J. A. (1943), *Las epidemias de la posguerra. Discurso dado en la solemne sesión celebrada el día 28 de Mayo de 1943 en la Real Academia de Medicina*, Madrid, Instituto de España, 57, pp. 11-13. Otras publicaciones: PALANCA, J. A. (1941), La situación sanitaria española, *Semana Médica Española*, 4 (1), 455; PALANCA, J. A. (1942), Los servicios sanitarios españoles a través de nuestra guerra de liberación, *Actualidad Médica*, 18 (205), 1.

⁴²⁵ Durante el periodo bélico, sin embargo, se registraron dos fallecimientos por fiebre tifoidea. VAZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 195.

⁴²⁶ *Jefatura facultativa* “oficios del ministerio de gobernación”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

enfermedades no infecciosas⁴²⁷. El descenso progresivo de la mortalidad infecciosa sucedió gracias al control de las enfermedades propias de la infancia y de las transmitidas por agua, alimentos o aire como la tuberculosis⁴²⁸.

En el interior del establecimiento de Leganés, las tasas de mortalidad de causa infecciosa mantuvieron un comportamiento paralelo a las no infecciosas, aumentando ambas de forma similar durante la posguerra en los años 1941 y 1942 (figura 22). En 1946 se detectó otro aumento sólo en el departamento de hombres, como luego veremos. En los últimos años de la década de los cuarenta se registró un aumento en la mortalidad de origen no infeccioso frente a la infecciosa.

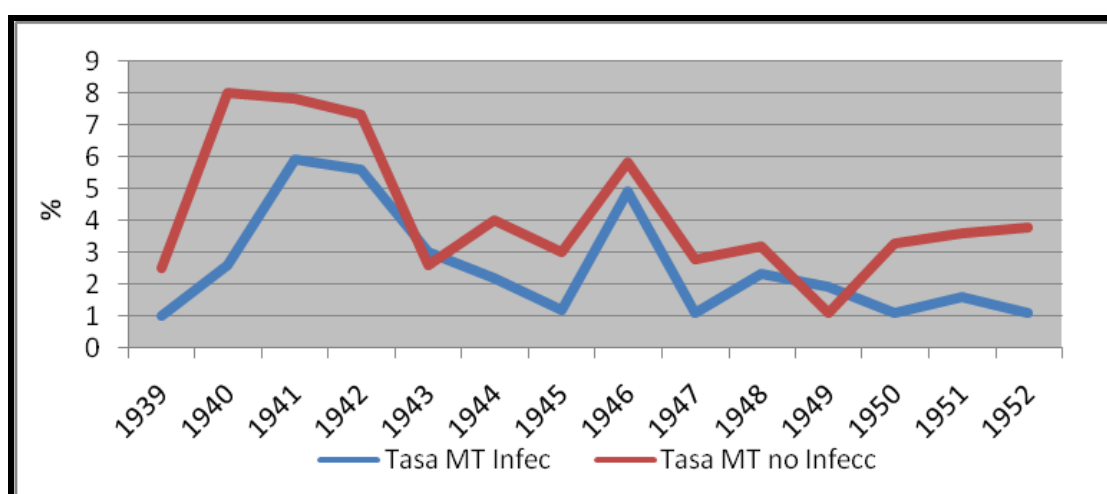


Figura 22. Relación anual entre las Tasas de mortalidad de causa infecciosa y no infecciosa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

La mortalidad infecciosa en el manicomio presentó, como hemos mencionado, los mismos picos que la no infecciosa (figura 23). A medida que avanzaba la década, la mortalidad por infecciones pasó del 5,9% en 1941 y 5,6% en 1942 a valores del 1,1% en los últimos años del análisis.

⁴²⁷ Este es el concepto de transición epidemiológica, en el que se explica el desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles, produciéndose así un cambio en la morbilidad y mortalidad de la población. ROBLES GONZÁLEZ, GARCÍA BENAVIDES, BERNABEU MESTRE (1996), p. 229.

⁴²⁸ *Ibidem*.

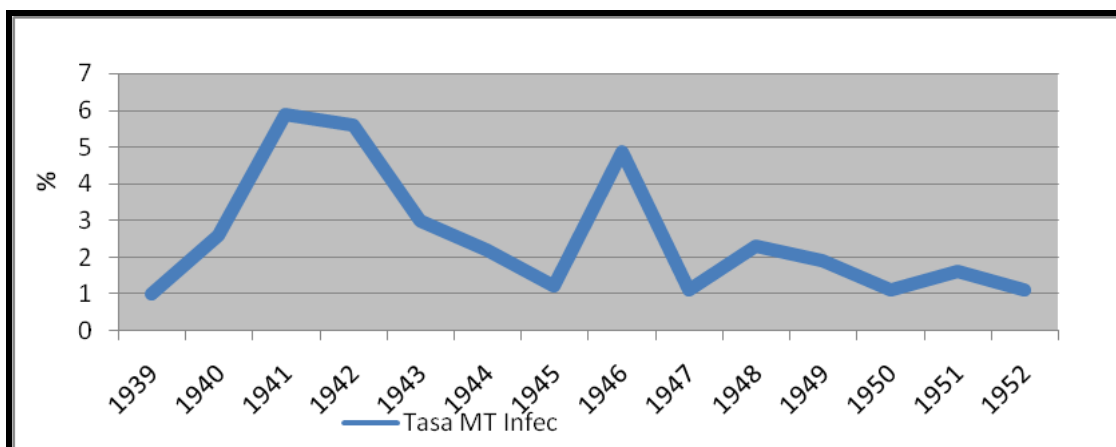


Figura 23. Tasa de mortalidad anual de causa infecciosa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

El 25% de las muertes totales tuvieron una etiología infecciosa siendo ligeramente inferior el porcentaje en mujeres que en hombres.

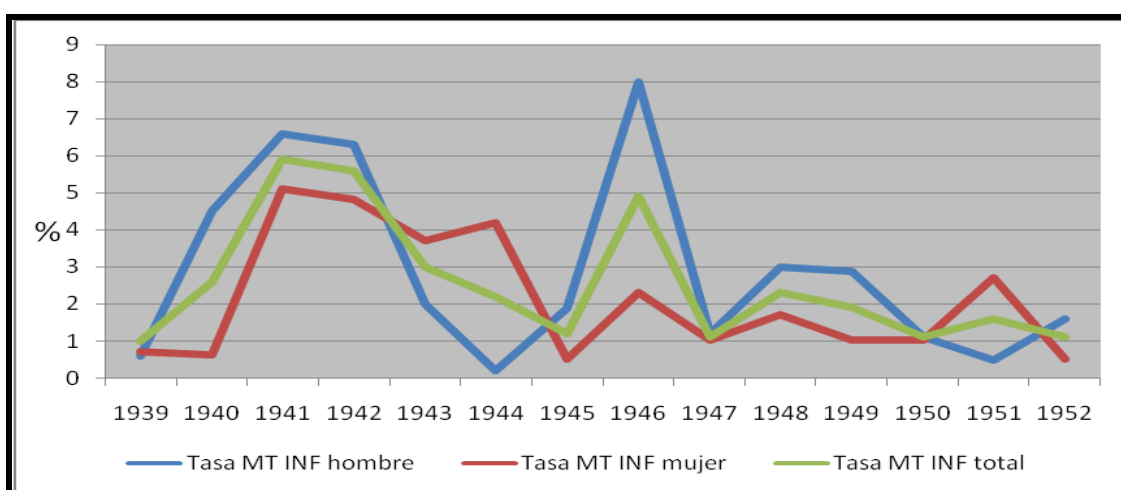


Figura 24. Tasa de mortalidad anual de causa infecciosa por sexo y población total en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Dentro de las tasas de mortalidad de origen infecciosa, la más frecuente fue la mortalidad por infecciones respiratorias. Únicamente en el año 1942 las causas infecciosas digestivas con un 3,5% superaron a las infecciosas respiratorias, siendo éstas (principalmente de tipo tuberculoso) junto con la enterocolitis, las predominantes durante la inmediata posguerra en la institución (figura 25).

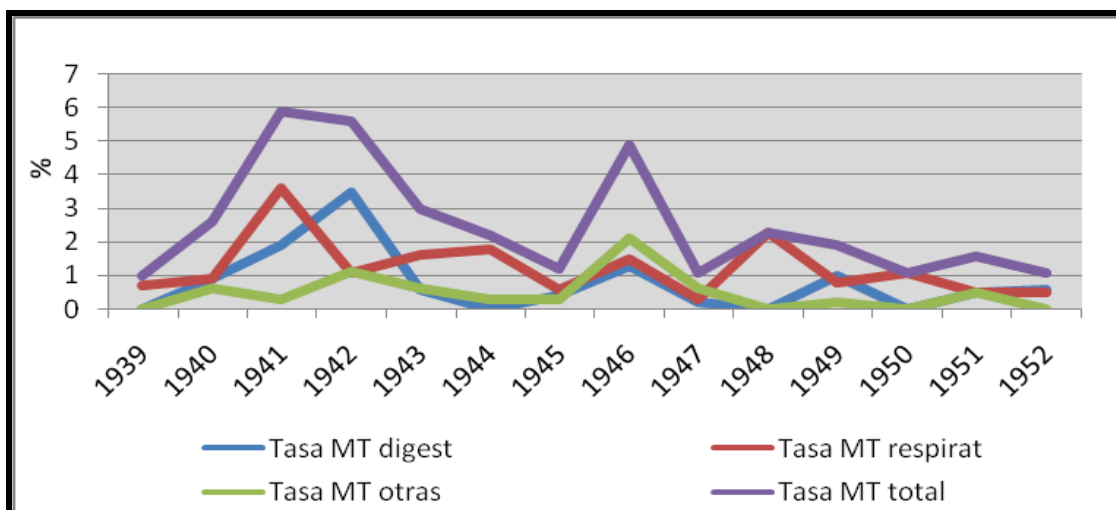


Figura 25. Tasa de mortalidad anual por tipo de patología infecciosa en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

En el caso del Manicomio de Conxo las defunciones en su mayor parte eran causadas por tuberculosis, excepto en los años 1940-1945 que fueron debidas a gastroenteritis crónica, relacionadas estrechamente con el hambre⁴²⁹.

Si observamos desglosados los tipos de infecciones diferenciadas por sexo en Leganés, destacamos el aumento de las causas digestivas en varones (13%) y respiratorias tanto en hombres (11%) como en mujeres (19%) (figura 26).

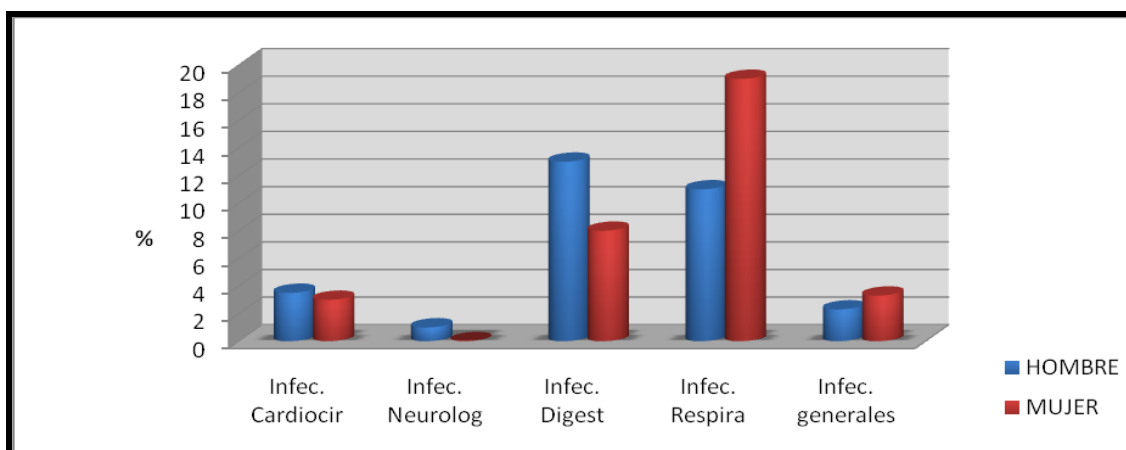


Figura 26. Mortalidad de causa infecciosa clasificada por sexo en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Si bien, a partir de 1943, la tasa de mortalidad por enterocolitis en mujeres no superó valores entre el 0,5% y el 0,6%, siendo inexistente desde el año 1946 hasta 1951.

⁴²⁹ GONZÁLEZ (1977), p. 80.

En cambio, en el departamento de hombres, la tasa de mortalidad superó en 1941 y 1942 el 3% (figura 27).

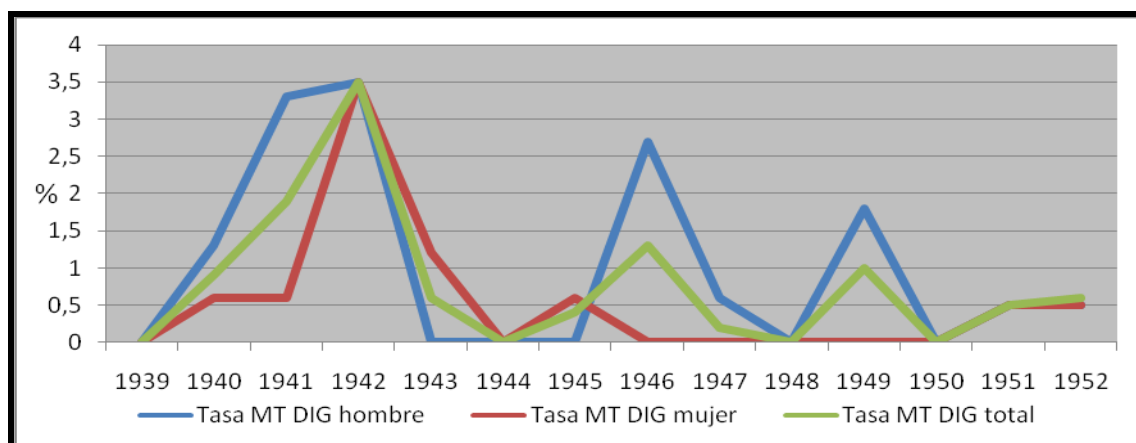


Figura 27. Tasa de mortalidad anual por patología infecciosa digestiva (enterocolitis) para ambos sexos en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Dentro de las infecciones respiratorias debemos destacar la tuberculosis⁴³⁰, motivo de defunción en 25 pacientes. La mortalidad por causa tuberculosa registrada en el manicomio entre 1939 y 1952 mostró un aumento de la incidencia de esta enfermedad durante la primera posguerra, al igual que sucedió con el resto de las enfermedades infecciosas. Además hay que tener en cuenta que la tuberculosis podría estar infradiagnosticada, y que muchas neumonías, bronquitis, etc., podrían estar relacionadas con esta infección tan común en la posguerra⁴³¹. Al producirse este incremento, se trató de poner en marcha, sin éxito, una campaña antituberculosa con la implantación de un Seguro Obligatorio contra la Tuberculosis⁴³².

En el año 1946 se produjo un incremento de mortalidad infecciosa en la institución con valores del 4,9% (figura 24), fundamentalmente debida a infecciones digestivas y respiratorias. Este pico ocurrió exclusivamente en el departamento de hombres, sin que se registrase ninguna defunción por afección digestiva entre las mujeres (figura 27).

⁴³⁰ Sobre la tuberculosis podemos consultar: MOLERO MESA, J. (1989), La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos anteriores a la Guerra Civil, *Dynamis*, 9, 185-223. MOLERO MESA, J. (1994), Enfermedad y previsión social en España bajo el primer franquismo (1939-1952). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis, *Dynamis*, 14, 199-225.

⁴³¹ La penuria económica de la Guerra Civil se tradujo en las instituciones psiquiátricas en hacinamiento, sobre mortalidad y una mayor incidencia de tuberculosis. Véase COMELLES (1988), pp. 165-166.

⁴³² Sobre la elaboración fallida de este proyecto se puede consultar: MOLERO MESA (1994), pp. 199-225.

En la siguiente tabla (tabla 5) se pueden ver las causas específicas de mortalidad infecciosa de 1946; en los hombres no sólo atribuible a las infecciones digestivas, sino también a las respiratorias, con diferencias entre ambas con respecto a los datos de mujeres. No podemos asegurar que este pico, en 1946, tuviese relación con una epidemia en la población general española y madrileña⁴³³, sino más bien con causas intrínsecas a la institución como las medidas higiénicas. La elevada mortalidad en la sección de hombres, de hecho, no se extendió al departamento de mujeres, probablemente por una estricta separación entre sexos.

TASA DE MORTALIDAD EN 1946	HOMBRE %	MUJER %
NO INFECCIOSAS	5,6	4,9
INFECCIOSAS	7,5	2,2
Infecciosas Respiratorias	2,5	0,5
Infecciosas Digestivas	2,5	0
Infecciosas Cardiológicas	1,2	0,5
Infecciosas Generales	1,2	1,1
TOTAL	13,1	7,1

Tabla 5. Tasa de mortalidad específica en el Manicomio de Leganés (1946).

Así pues durante la inmediata posguerra continuó la tendencia ascendente de la tasa de mortalidad que había comenzado en la Guerra Civil. Dicha tendencia podría estar justificada por las malas condiciones socioeconómicas que repercutieron no sólo en la población general sino también en la población manicomial. A medida que avanzaba la década las causas de mortalidad cambiaron, pasando de una mortalidad de origen infecciosa a una mayor mortalidad de causa no infecciosa, traducción de la transición epidemiológica que se estaba produciendo en el país. Sería interesante, en cualquier caso que, en un futuro, se realizaran más estudios en otras instituciones psiquiátricas y comprobar si este perfil epidemiológico también se reproduce en ellas.

⁴³³ Hemos encontrado una referencia en el texto médico *Harrison* donde aparece una mención sobre una epidemia en los años 1946-1947 conocida como (“gripe italiana”) que causó una epidemia ligera por el virus influenza A; FAUCI, A. S., BRAUNWALD, E., KASPERS, D. L., HAUSER, S. L., LONGO, D. L., JAMESON, J. L., LOSCALZO, J. (2008), *Harrison, Principios de Medicina Interna*, Mexico, McGraw-Hill Interamericana, 17ª edición, p. 1133.

CAPÍTULO III

NOSOLOGÍA Y NOSOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA

La Asociación Española de Neuropsiquiatría en su reunión inaugural celebrada en Barcelona en diciembre de 1924 había propuesto la clasificación de Emil Kraepelin como la oficial para enfermedades mentales en España y; posteriormente el Instituto Geográfico y Estadístico asumía dicha clasificación y el Consejo Superior Psiquiátrico, la aceptaba regulando las inspecciones a los diferentes hospitales psiquiátricos⁴³⁴. Paralelamente una orden del 28 de noviembre de 1931, había establecido la obligación de realizar estadísticas en cada establecimiento psiquiátrico y de remitirlas mensual y anualmente a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental⁴³⁵.

A pesar del desmantelamiento del Consejo Superior Psiquiátrico tras la contienda bélica, al menos, algunos hospitales psiquiátricos enviaron las citadas estadísticas mensual y anualmente a la Dirección General de Sanidad⁴³⁶. Entre ellos, el Manicomio de Leganés, como ya se ha comentado, rellenó dichos partes estadísticos periódicamente con los diagnósticos de los pacientes internados de acuerdo a la clasificación Kraepeliniana, durante los años de posguerra.

Por otra parte, la influencia de la escuela psiquiátrica alemana de Heidelberg en la psiquiatría española fue fundamental para el proceso de institucionalización de esta disciplina en el periodo de posguerra⁴³⁷. Las aportaciones teóricas de los autores que permanecieron en la península después de la Guerra Civil presentaron, en general, tendencias biologicistas influidas por la psiquiatría germana caracterizada, por un lado, por una orientación organicista en estrecha relación con la neurología y por otro, por la resistencia al psicoanálisis. Entre los textos de psiquiatría, uno de los más utilizados en la época fue el *Tratado de psiquiatría* de Vallejo Nágera⁴³⁸, en el cual se apreciaba las influencias de Karl Jaspers, Emil Kraepelin y Kurt Schneider. La obra de Jaspers *Allgemeine Psychopathologie* y de Schneider *Psychopathische Persönlichkeiten* y

⁴³⁴ EDITORIAL (1925), Editorial, *Archivos de Neurobiología*, 5 (2), 83-84. Véase LÁZARO, J. (2000), Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999), *Revista de la AEN*, 20, 397-515, p. 413. Se puede, además, consultar *Gaceta de Madrid*, 12 de noviembre de 1931, 316, pp. 932-933

⁴³⁵ *Gaceta de Madrid*, 2 de diciembre de 1931, 336, pp. 1376-1377.

⁴³⁶ El 2 de diciembre de 1931 apareció una Orden de la Dirección General de Sanidad, Sección de Psiquiatría e Higiene Mental en la *Gaceta*, donde en su apartado quinto se acordaba que «*Todos los Establecimientos psiquiátricos, oficiales o privados, llevarán una estadística general de los enfermos mentales sometidos a sus cuidados, con arreglo a las fichas que suministra la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad, y otra especial de los enfermos mentales con arreglo a la clasificación de Kraepelin, adoptada por el Consejo Superior Psiquiátrico para toda la Nación*». *Gaceta de Madrid*, 2 de diciembre de 1931, 336, pp. 1376-1377.

⁴³⁷ GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1995), La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extra editorial, pp. 229-250.

⁴³⁸ VALLEJO NÁGERA, A. (1944), *Tratado de psiquiatría I, Psicopatología general*, Barcelona-Buenos Aires, Ed. Salvat.

Klinische Psychopathologie se tradujeron al castellano casi simultáneamente⁴³⁹. Según González de Pablo, la simultaneidad de ambas traducciones no fue fruto de la casualidad, sino que la psiquiatría española oficial de posguerra necesitaba una “norma” psiquiátrica que asociara ciencia y conservadurismo socio-político⁴⁴⁰.

Uno de los objetivos de este capítulo es conocer las tendencias clínicas y diagnósticas en este periodo en el Manicomio de Leganés, para lo cual hemos analizado los citados partes estadísticos y la información obtenida de las historias clínicas de los pacientes internados. Por una parte los partes estadísticos son los documentos revisados para obtener datos cuantitativos sobre las variables sociodemográficas y los diagnósticos de la población total en el manicomio, así como los de aquellos pacientes que ingresaron entre 1939 y 1952. Por otra parte, el estudio de las historias clínicas, permite observar si los cambios de diagnóstico estuvieron asociados a nuevas tendencias nosográficas o a la actividad clínica de determinados médicos. Además se analizaran, en algunos apartados, escritos como cartas, autobiografías o dibujos de pacientes, que archivados junto a los documentos clínicos aportan datos interesantes sobre la subjetividad del paciente.

1. LA CONSOLIDACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN KRAEPELINIANA

En la ya citada *Hoja de entrada y vicisitudes*, uno de los documentos contenidos dentro de las historias clínicas del Manicomio de Leganés, se recogían las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, incluyendo el diagnóstico clínico inicial y cualquier cambio diagnóstico registrado durante la estancia del paciente. Las historias clínicas de la posguerra presentaban una gran variedad de diagnósticos (hemos denominado “diagnóstico literal” al recogido en la hoja de entrada), y en algunas historias, aparece más de uno, llegando hasta un total de 146 distintos. En general responden a terminología germana, aunque algunos recuerdan a la

⁴³⁹ Se pueden consultar sus ediciones en castellano: JASPERS, K. (1951), *Psicopatología general*, Buenos Aires, Beta; SCHNEIDER, K. (1948), *Personalidades psicopáticas*, Madrid, Morata; SCHNEIDER, K. (1951), *Psicopatología clínica*, Madrid, Ed. Paz Montalvo.

⁴⁴⁰ El autor explica “si Kurt Schneider era un ejemplo de claridad, tanto en sus patrones nosográficos como en sus pautas diagnósticas, Jaspers proporcionaba, en cambio, el soporte ideológico acabado, que faltaba en la obra de Schneider, unido a una postura abiertamente contraria al marxismo y al psicoanálisis”. En GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1987), Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la posguerra española: la implantación de la psiquiatría de Heidelberg en España, *Revista de la AEN*, 7 (23), 633-647, p. 637.

nosografía procedente de la clínica psiquiátrica francesa, como es la locura circular de Falret⁴⁴¹, que luego estudiaremos, o los diagnósticos que corresponden a descripciones de síntomas o combinaciones de terminología diversa, como el de un paciente diagnosticado de “personalidad querulante con desarrollo litigante”⁴⁴².

De cara a efectuar el análisis estadístico de esta terminología tan polimorfa, hemos agrupado estos diagnósticos literales en las entidades kraepelinianas, según la clasificación siguiente.

- Grupo I. Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales.
- Grupo II. Alteraciones mentales en otros procesos orgánicos cerebrales.
- Grupo III. Alteraciones mentales en intoxicaciones.
 - III.1. Alcoholismo.
 - III.2. Morfinismo.
 - III.3. Otras intoxicaciones exógenas.
 - III.4. Intoxicaciones endógenas.
 - III.5. Enfermedades endocrinas.
- Grupo IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas.
- Grupo V.
 - V.1. Sífilis cerebral
 - V.2. Parálisis progresiva.
- Grupo VI.
 - VI.1. Arteriosclerosis.
 - VI. 2. Demencias seniles y preseniles.
- Grupo VII. Epilepsia.
- Grupo VIII. Esquizofrenia.
- Grupo IX.
 - IX.1. Disposición maniacodepresiva.
 - IX. 2. Psicosis maniacodepresiva.
- Grupo X. Psicopatías.
- Grupo XI. Reacciones psicógenas.
- Grupo XII. Paranoia.
- Grupo XIII. Oligofrenia.
- Grupo XIV. Casos oscuros⁴⁴³.

A veces en la historia clínica se reflejaba, acompañando al principal, un segundo diagnóstico utilizado en el mismo momento del ingreso o a posteriori; en este segundo caso no podemos precisar cuándo se efectuaba el cambio debido a que no se databa.

⁴⁴¹ Historia clínica 1330. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁴² Historia clínica 1617. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁴³ Clasificación kraepeliniana, según la clasificación del INE, adaptación de la sexta edición del Tratado de Kraepelin de 1899.

Una vez agrupados los diagnósticos literales de los pacientes nuevos que entraron en este periodo de posguerra (figura 1), el grupo más frecuente fue el grupo de esquizofrenias (VIII) con un 44% (262 pacientes), seguido por el grupo de oligofrenias (XIII) con un 12% (66 pacientes) y la psicosis maníaco-depresiva (IX), con un 10%. Las psicopatías (X), una categoría escasamente diagnosticada hasta los años cuarenta, llegó a un 7% en nuestra muestra.

Del total de pacientes, 83 de ellos tenían un segundo diagnóstico, y a 67 de ellos se les cambió el diagnóstico durante el período abordado.

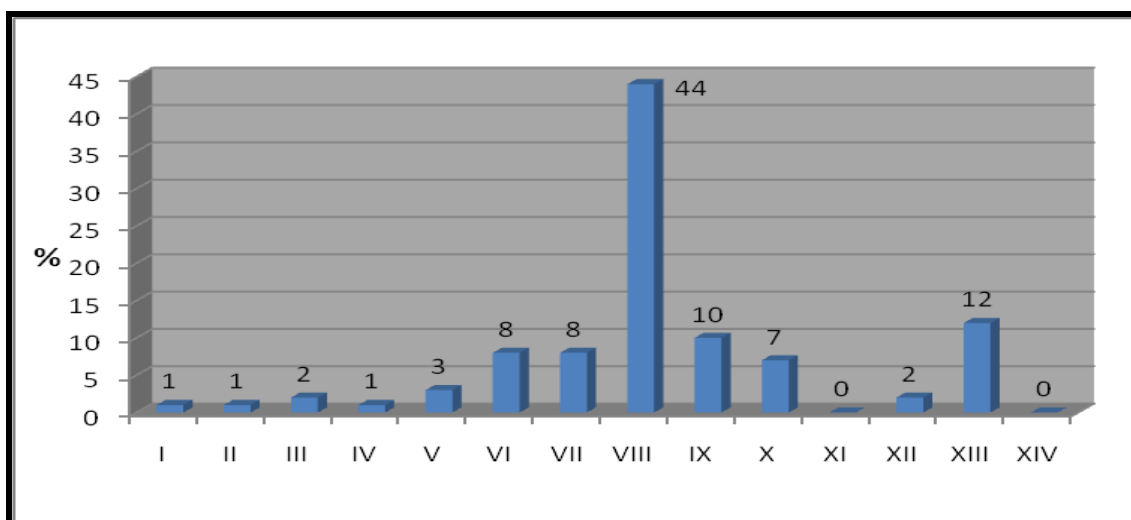


Figura 1. Grupos diagnósticos según la clasificación kraepeliniana en los pacientes que ingresan en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (%).

Por otro lado, los ya citados partes estadísticos mensuales y anuales de los asilados (ingresos y altas) enviados a la Dirección General de Sanidad incluían una clasificación en una decena de grupos (tabla 1).

Oligofrenia
Esquizofrenia
Psicosis maníaco-depresiva
Paranoia
Psicopatía constitucional
Demencia senil
Parálisis general
Psicosis epiléptica
Psicosis alcohólica
Otras psicosis orgánicas y tóxicas

Tabla 1. Clasificación nosográfica de los partes estadísticos.

Esta clasificación diagnóstica estaba basada en la de Kraepelin, pero simplificada en sólo diez grupos. Los grupos originales “Alteración en los traumatismos cerebrales” (grupo I), “Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas” (grupo II), “Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas” (grupo IV), “reacciones psicógenas” (grupo XI) y “casos oscuros” (grupo XIV) no aparecían⁴⁴⁴. Sin embargo, si constaba una categoría en los partes estadísticos como “otras psicosis orgánicas y tóxicas”. Si bien durante la mayor parte del siglo XIX y hasta las primeras décadas del siglo XX en el manicomio, los diagnósticos reflejados en las historias clínicas se habían adaptado a la nosografía francesa, a partir de los años treinta la germánica estuvo prácticamente implantada⁴⁴⁵. De hecho, tal como se observa en los partes estadísticos, las categorías Kraepelinianas fueron aceptadas oficialmente y, desde el Manicomio de Leganés, se enviaron los diagnósticos de los internos a Dirección General de Sanidad⁴⁴⁶. La siguiente figura (figura 2) refleja los diagnósticos más frecuentes en la población total ingresada al final de cada año, extraída a partir de los partes estadísticos.

⁴⁴⁴ Estas categorías kraepelinianas, sí se conservan en las estadísticas del Estado del Instituto Nacional de Estadística en las que respetan los XIV grupos diagnósticos de Kraepelin. En: VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2008), *Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)*, *Frenia*, 8, 69-96, p. 83.

⁴⁴⁵ CANDELA, R., VILLASANTE, O. (2011), Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En MARTÍNEZ AZUMENDI, O., SAGASTI LEGARDA, N., VILLASANTE, O. (Ed.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 201-220, 216-17.

⁴⁴⁶ Fernández Sanz, ya desde las primeras décadas del siglo XX, se había preocupado de la necesidad de una taxonomía psiquiátrica unificada. Se puede consultar: FERNÁNDEZ SANZ, E. (1930), *Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados*, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 31, 29-32. Sobre la elaboración de las estadísticas generales de los manicomios, se puede consultar CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007a), La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 269-285, 271; y TIerno, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007b), El manicomio nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931- 1936). En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 107-128.

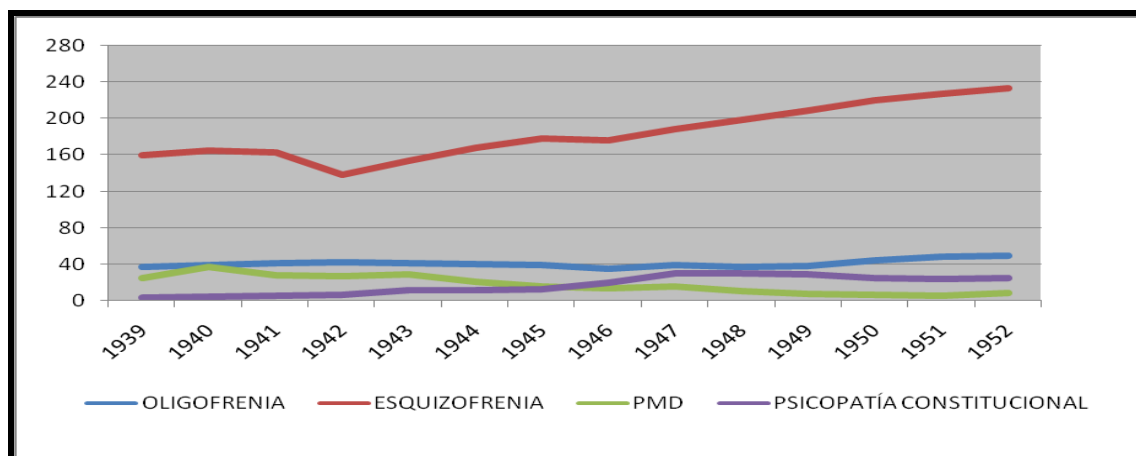


Figura 2. Grupos diagnósticos más frecuentes según la clasificación kraepeliniana en la población total en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

La esquizofrenia fue también el diagnóstico más frecuente en épocas anteriores⁴⁴⁷, que se mantuvo en un porcentaje similar para ambos sexos; sin embargo, en el caso de las psicosis maníaco-depresivas, el 83% de los casos nuevos que ingresaron fueron mujeres.

Otro documento oficial que hemos encontrado en 1942 y 1943, es un informe adicional con una clasificación más detallada en las que algunas enfermedades constituyen un grupo único como la encefalitis epidémica (grupo 5), el Corea de Huntington (grupo 7) y otras, se subdividen como las patologías asociadas a las sífilis (parálisis general progresiva -grupo 3- y alteraciones psíquicas en la lúes cerebral y la tabes -grupo 4-). Además se añadieron nuevas categorías: “Niños y jóvenes psicopáticos”, “Enfermedades nerviosas sin alteración psíquica”, y “No enfermos nerviosos ni psíquicos (casos para peritar) errores de ingreso”⁴⁴⁸, de la que se deducía que, quizá, no fueron infrecuentes los errores en los ingresos de las instituciones psiquiátricas⁴⁴⁹. González Ferradas, Inspector General de Asistencia médico-social y Jefe de la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad, había solicitado que este documento estadístico fuese enviado a todos los establecimientos manicomiales del país para obtener una cifra de los enfermos mentales internados ya

⁴⁴⁷ VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, P. (2012), *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*, Tesis doctoral, UCM, (2012), p. 203.

⁴⁴⁸ Estadística de enfermos existentes en el Establecimiento por orden ministerial de 24 de abril de 1942 de la Dirección General de Sanidad y Servicios de Higiene Mental del Ministerio de Gobernación. “*Carpeta de estadísticas médicas (1941-1962)*”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁴⁹ Recordemos una de las escasas muestras de preocupación por la asistencia psiquiátrica nacional en esos años fue expresada en la sesión especial presidida por el propio González Ferradas y López Ibor en el Congreso de Barcelona de 1942. En: VARA LÓPEZ, R. (1942), *Epilepsia postraumática*, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 27-52, p. 52.

que, a consecuencia de la guerra, el archivo y la documentación perteneciente a la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad estaba extraviada.

2. ALTERACIONES MENTALES EN LOS GRUPOS KRAEPELINIANOS I, II Y III: TOXICOMANÍAS Y ALCOHOLISMO

A continuación vamos a desarrollar cada uno de los diferentes grupos en los que se dividía la nosografía de Kraepelin, englobando en ellos los diagnósticos de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron nuevos en el periodo de posguerra (N= 615)⁴⁵⁰. Se percibe una gran variabilidad en los diagnósticos según el grupo kraepeliniano y, de hecho, en algunos como las alteraciones mentales secundarias a traumatismos craneales (grupo I), o las secundarias a enfermedades infecciosas (tifus, viruela, neumonía, sepsis, tisis, rabia, lepra, etc.) (grupo IV) no hemos encontrado casos en las historias. En otras categorías como las alteraciones psíquicas en encefalopatías orgánicas (grupo II), ingresaron un total de 13 casos (parkinson, encefalitis, esclerosis tuberosa y corea de Huntington). El 62% de estos 13 casos, fueron mujeres dedicadas a “sus labores”, en su mayoría casadas, y de éstas, sólo dos casos recibieron tratamiento específico con farmacoterapia.

Concretamente los ingresos de pacientes en el establecimiento con diagnósticos en el grupo de las intoxicaciones (grupo III), constituyeron el 2%, siendo fundamentalmente intoxicaciones exógenas y, en especial, alcoholismo, siendo el grupo más numeroso.

El interés del colectivo médico por el estudio de las toxicomanías había comenzado a extenderse a mediados del siglo XIX por Europa⁴⁵¹, con trabajos sobre la morfina en la escuela de la Salpêtrière o, sobre el hachís, en Bicêtre como el de Moreau de Tours (1804–1884) quien, en 1845, publicó *Du hachisch el de l' aliénation mentale: étude psychologiques*⁴⁵². Este tema también fue atractivo para algunos médicos españoles como César Juarros (1879-1942) que, en 1920, publicó el *Tratamiento de la*

⁴⁵⁰ Para el desarrollo de cada apartado diagnóstico en este capítulo, hemos utilizado la clasificación de Kraepelin reflejada en el *Tratado de Psiquiatría* de Vallejo. En: VALLEJO NÁGERA (1944).

⁴⁵¹ POSTEL, J., QUÉTEL, C. (1987), *Historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 385–401; ESCOHOTADO, A. (1989), *Historia de las drogas*, Madrid, Alianza editorial.

⁴⁵² Moreau de Tours describió los fenómenos que el haschich producía en los sueños y la enfermedad mental cuyo denominador común era “la excitación con disociación de las ideas por debilitamiento de la atención”. MOREAU DE TOURS, J. J. (1845), *Du hachisch el de l' aliénation mentale: étude psychologiques*, Paris, Librairie de Fontin, Masson et Cie. POSTEL, QUÉTEL (1987), pp. 394 y 398 y ESCOHOTADO (1989), pp. 96-97.

*morfinomanía*⁴⁵³. Sin embargo, tras la guerra tan sólo dos pacientes ingresaron en el manicomio por consumo de morfina o hachís, uno de ellos con adicción a la morfina y el otro por consumo de hachís (grifa) asociado a alcoholismo.

Por otra parte, aunque desde hacía siglos los médicos conocían que el uso del alcohol podía ser responsable directo de trastornos mentales, dicha entidad no fue realmente reconocida en el campo de la psiquiatría hasta el siglo XIX⁴⁵⁴. El estudio del alcoholismo como trastorno mental estuvo asociado, en parte, al aumento de individuos alcohólicos en los asilos psiquiátricos, y al trabajo *Alcoholismus chronicus* de Magnus Huss⁴⁵⁵, referencia mundial en este área. En las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, se produjo un debate en torno al alcohol, siendo objeto de interés social y médico, en el cual parte de la comunidad científica defendía las propiedades tónicas del vino y otros alcoholes⁴⁵⁶. El director del Manicomio de Leganés José Salas y Vaca publicó “Alcoholofobia” acerca de las propiedades terapéuticas del alcohol⁴⁵⁷, a quien rebatió Fernández Sanz con “Alcoholofilia”⁴⁵⁸. Concretamente en el Manicomio de Leganés se permitía, bajo prescripción facultativa, una dosis diaria de vino de Valdepeñas en cada comida, como se recogía en el Reglamento de 1885⁴⁵⁹. No obstante, éste no era el único establecimiento donde se autorizaba, ya que en el estudio llevado a cabo sobre el Manicomio de Valencia, se recogen fragmentos de varios documentos donde aparecen las controversias generadas sobre la administración o no de alcohol a los pacientes⁴⁶⁰. Sin embargo, durante la posguerra en Leganés, no hemos encontrado

⁴⁵³ JUARROS Y ORTEGA, C. (1920), *Tratamiento de la morfinomanía*, Madrid, S. Calleja. Podemos encontrar algunos fragmentos del texto en: JUARROS Y ORTEGA, C. (2002), *Tratamiento de la morfinomanía*, *Frenia*, 2 (1), 138-154. Sobre Cesar Juarros, y el recorrido histórico de la morfinomanía se puede consultar: SAMBLAS TILVE, P. (2002), Cesar Juarros y el tratamiento de la morfinomanía: ¿cura u ortopedia?, *Frenia*, 2 (1), 123-138.

⁴⁵⁴ POSTEL, QUÉTEL (1987), pp. 385-93.

⁴⁵⁵ Sobre la influencia de la obra de Huss editada en 1852, *Alcoholismus chronicus* en Estocolmo, se puede consultar HUERTAS, R. (1987), *Locura y degeneración*, Madrid, CSIC, p. 59.

⁴⁵⁶ Acerca del concepto médico y la peligrosidad asociada al alcoholismo en España y las campañas antialcohólicas se puede leer: CAMPOS, R. (1997), *Alcoholismo, Medicina y sociedad en España (1876-1923)*, Madrid, CSIC.

⁴⁵⁷ José Salas y Vacas, jefe facultativo del Manicomio de Leganés desde 1911 hasta el nombramiento de Enrique Fernández Sanz, a finales de los años veinte. Para conocer la producción científica y labor clínica de ambos autores en el Manicomio de Leganés se puede consultar: CANDELA, VILLASANTE (2011).

⁴⁵⁸ *Ibidem*.

⁴⁵⁹ *Gaceta de Madrid*, 15 de mayo de 1885, 135, pp. 447-450.

⁴⁶⁰ Una memoria de 1899 presentada por Manuel Faus (director facultativo de la referida institución) citaba que “es muy conveniente se les proporcione un vasito de vino en cada comida, siempre que no estén excitados, y ni sean epilépticos ni paralíticos”. Además los autores recogían otro informe posterior del año 1923 sobre la alimentación en el manicomio por Jesús Marín (director médico del manicomio entre el 1922 y 1930) donde expuso que en el manicomio se administraba de 80 a 100 gramos de vino “cuya calidad poco importa, pues todo alcohol a todos los neurópatas es un gran tóxico y sus ardientes defensores los médicos franceses, hoy ya no lo admiten, ni en los hoteles y menos aun en los menús de

ninguna autorización del facultativo para la administración de alcohol y en el Reglamento de 1941 no se alude a dicho consumo⁴⁶¹.

De los 14 pacientes con diagnóstico de toxicomanía que ingresaron durante los años cuarenta, la mayoría de ellos se encontraban internados por alcoholismo, ya sea únicamente por consumo de alcohol o bien en combinación con otro tipo de tóxico. Ocho eran mujeres casadas dedicadas a sus labores. Tan sólo dos de los internados recibieron tratamiento, en concreto de tipo farmacológico, y tres fueron dados de alta por curación o remisión sintomática. No se registraron diagnósticos de psicosis relacionadas con el alcohol, a pesar, del interés despertado a nivel teórico en autores como Martín-Santos, quien analizó la psicopatología de la alucinación alcohólica y la psicosis alcohólica⁴⁶².

El hecho de que en la posguerra las cifras de alcohólicos en el manicomio fueran bajas coincidía con la idea sostenida por Rojas Ballesteros quien consideraba, que en los periodos posteriores a conflictos bélicos los internamientos por alcoholismo crónico disminuían, mientras se incrementaba el consumo de forma aguda⁴⁶³.

III ALTERACIONES MENTALES EN INTOXICACIONES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Toxicomanía alcohólica por grifa	1	0	1
Toxicomanía (morfina + alcoholismo)	0	1	1
Toxicomanía. Alcoholismo	1	2	3
Toxicomanía	0	2	2
Alcoholismo	4	2	6
Morfinomanía	0	1	1
Psicosis episódica por problema anemia	0	1	1
Total	6	9	15

Tabla 2. Diagnósticos literales incluidos en el tercer apartado de la clasificación de kraepelin.

casas de salud (manicomios), y en el norte de América todos conocen que rige la ley seca”. Este informe concluía “el vino debe sustituirse por un preparado de azúcar”. Años después, Fernando Domingo Simó (director del manicomio entre 1930 y 1936) explicaba, en 1936, del vino en las comidas “aunque no todos los alienados tengan proscrito el uso del vino en las comidas, la práctica aconseja suprimirlo completamente salvo alguna indicación medica”. HEIMANN, C. (2006), El manicomio de Valencia 1900-1936. En LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPÉ, H., *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479, pp. 464-467.

⁴⁶¹ Boletín Oficial del Estado, Orden 3 de noviembre de 1941, 311, pp. 8697-8701.

⁴⁶² MARTÍN SANTOS, L. (1950), El problema de la alucinación alcohólica, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 9, 136-48; MARTÍN SANTOS, L. (1952), Ideas delirantes primarias, esquizofrenia y psicosis alcohólica aguda, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 11, 322-333.

⁴⁶³ ROJAS BALLESTEROS, L. (1942), Psiquiatría de guerra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 90-115.

2.1. Las cartas de "Doña LILI" durante su internamiento

El británico Roy Porter ha llamado la atención sobre la necesidad de acometer la escritura de los enfermos mentales como una fuente para la historia de la psiquiatría, añadiendo una perspectiva socio-cultural que tenga en cuenta la subjetividad del paciente⁴⁶⁴. Si bien éste no es el acercamiento fundamental de esta tesis, en este apartado, realizaremos una breve aproximación a los textos de una mujer de 32 años que ingresó el 12 de agosto de 1944 en el Manicomio de Leganés. Aunque algunos autores como Brierre de Boismont o Louis Víctor Marcé, ya en el siglo XIX, señalaron la importancia de los relatos de los alienados en el ámbito psicopatológico o médico-legal⁴⁶⁵, nosotros abordaremos la escritura de esta mujer diagnosticada de toxicomanía y de personalidad psicopática como un recurso utilizado para sobrevivir al sufrimiento y aislamiento⁴⁶⁶.

En algunas instituciones, los médicos alentaron el uso de la escritura con fines diagnósticos y terapéuticos en los alienados⁴⁶⁷; sin embargo no se ha podido constatar que ninguno de los médicos de Leganés animara ni a "Lili", nombre con el que firmaba la citada paciente, ni a otros enfermos a escribir. Por una parte, los tintes autobiográficos contenidos en una canción dirigida a su esposo responsabilizándole del ingreso y por otra, las cartas en las que realiza una crítica al internamiento nos acercan a la subjetividad de los enfermos mentales institucionalizados⁴⁶⁸.

⁴⁶⁴ Se puede consultar PORTER, R. (1985), "The Patient's View: Doing Medical History from below", *Theory and Society*, 14 (2), 175-198; PORTER, R. (1987), *A Social History of Madness. Stories of the Insane*, Londres, Weidenfeld and Nicolson.

⁴⁶⁵ BRIERRE DE BOISMONT, A. J. F. (1864), Des écrits des aliénés, *Annales médico-psychologiques*, 1, 257-263; MARCE, L-V. (1864), De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, 21, 2ª série, 379-408.

⁴⁶⁶ Philippe Artières ha recuperado las autobiografías de presos, llamando la atención sobre la necesidad de estudiar fuentes escritas de personas privadas de libertad; Véase ARTIÈRES, P. (1998), *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*, Paris, Institut Synthélabo (col. Les Empêcheurs de penser en rond); ARTIÈRES, P. (2000), *Le livre des vies coupables. Autobiographies de criminels (1896-1909)*, Paris, Albin Michel. Merece la pena destacar el volumen conjunto de diferentes autores que reflejan los testimonios escritos de personas que han vivido en condiciones de aislamiento. CASTILLO, A., SIERRA, V. (2005), *Letras bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Ediciones Trea. Además se puede consultar el Dossier de la Revista Frenia: MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores) (2010), Dossier: enfermedad mental y cultura de la subjetividad (siglos XIX y XX), *Frenia*, 10, 7-189.

⁴⁶⁷ RIGOLÍ, J. (2001), *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*, Paris, Fayard.

⁴⁶⁸ Podemos destacar algunos trabajos recientes que abordan la subjetividad del enfermo a través de su relatos: RIOS MOLINA, A. (2004), Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX, *Frenia*, 4 (2), 17-35; CAMPOS, R. (2010), Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso morillo (1882-1884), *Frenia*, 10, 95-122; CAMPOS, R. (2012), *El caso Morillo: crimen locura y subjetividad en la España de la Restauración*, Madrid, CSIC-Frenia.

En primer lugar presentamos la letra de la canción escrita por *Lili* (figura 3), que parece una adaptación de sus propias vivencias a la famosa copla de “Tatuaje” (1941), de Conchita Piquer. Es interesante señalar que las coplas de Piquer habían sido utilizadas por los vencidos de la Guerra Civil como un canto a la supervivencia⁴⁶⁹; de hecho los republicanos en la España de posguerra cantaban coplas como modo de elaborar el duelo por los familiares perdidos.

«(*Sin fecha*) Canción escrita por la enferma A. D. Música del Tatuaje. Me metió en un taxi, entre dos loqueros, y dijo jarreando hacia Leganés! Más por si las moscas, mí adorado esposo a venir conmigo no se atrevió él. Y vine rabiando gimiendo y llorosa, hasta que por fin llegamos al portal y al verme el portero y otros empleados dijeron a coro en ¡una loca más! Y voy por el pasillo siempre del costurero al comedor del comedor al costurero pero sin dar un tropezón. D. Manuel ¡ay!, D. Aurelio que me lo traigan por favor, yo quiero ver a mi marido que se me parte el corazón ¡ay! D. Aurelio que me lo traigan de Madrid pero en un taxi y con loqueros lo mismo que él me trajo a mí»⁴⁷⁰.

⁴⁶⁹ SIEBURTH S. (2011), Copla y supervivencia: Conchita Piquer, “Tatuaje”, y el duelo de los vencidos, *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 66, 2, 515-532.

⁴⁷⁰ Historia clínica 1433. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

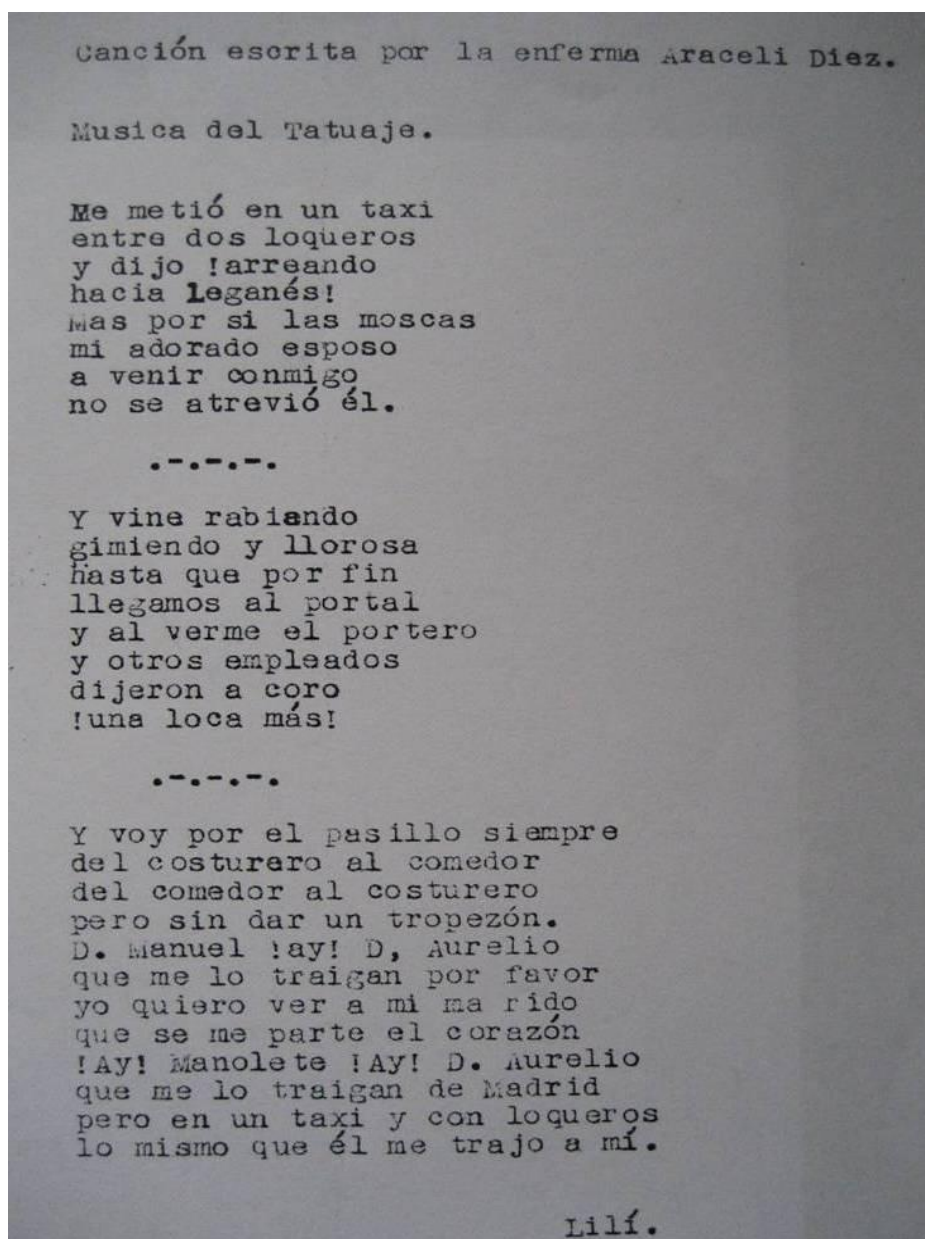


Figura 3. Canción “Tatuaje” escrita por “Lilí”.

Los documentos que reproducimos a continuación son tres cartas que la misma paciente dirigió a su marido y a un amigo, y que revelan la importancia que las familias tenían en la decisión del internamiento psiquiátrico⁴⁷¹ (anexo 11). Las cartas no se hallaban en sobres de envío sino guardadas en la historia clínica, aunque no se conoce ninguna normativa que, en España, autorizara el control de la correspondencia de los

⁴⁷¹ Acerca de la importancia que la familia ejerce para institucionalizar a los pacientes y en la propia concepción de la locura se puede consultar: PRESTWICH, P. (1994), Family strategies and medical power: “voluntary” committal in Parisian asylum, 1876-1914, *Journal of Social History*, 27 (4), 799-818.

pacientes como ocurría en otros países⁴⁷². La paciente afirmaba que su redacción estaba supervisada y autorizada por las Hermanas de la Caridad⁴⁷³, pero desconocemos si fue el contenido lo que impidió que se tramitara la correspondencia o se trataba de mantener a los pacientes aislados o castigados por sus ideas transgresoras. Estos documentos reflejan tanto cuestiones de género como del contexto social y permite acercarnos a la idea sobre la feminidad y la mujer en la posguerra⁴⁷⁴.

La primera carta es una escritura íntima y autobiográfica, con un contenido místico en la que “Lili” expuso su condición de religiosa no practicante, y el cambio brusco experimentado a raíz del ingreso. La paciente advierte el esfuerzo realizado por modificar su actitud e ideas adecuándolas a su entorno y asumir los valores que la iglesia y la familia, en dicho contexto social, imponía (“buena madre”, “buena esposa”, prácticas religiosas, etc.).

«(Sin fecha. A su marido) Antonio de mi vida: empezaré diciéndote que ayer día de la virgen confesé y comulgué y tú ya sabes lo que eso significa en mí que jamás lo hice. La vida de una persona puede cambiar solo en unas horas y la mía ha cambiado y ha sido al golpe tan fuerte y doloroso que hasta mis ideas se han transformado. Lo único que no cambia por más esfuerzo que hago, es el pensamiento que lo tengo fijo, obsesionado en nuestros hijos, nuestros, Antonio, no lo dudes ni un momento, tuyos y míos, pero sobretodo mi niño, mi Rafaelín, ese es mi mayor martirio. ¿Cómo están? ¿Y qué toma el niño? Si te ofendí perdóname y ven por mí. Hazlo por su madre y sobre todo por ellos. Lili»⁴⁷⁵.

Dos días después de su ingreso, la paciente escribió a un amigo, mostrando de nuevo su desesperación y resignación frente al ingreso. En esta carta la paciente reflejó

⁴⁷² En el siglo XIX en Escocia la legislación contemplaba que el personal médico de las instituciones podía abrir la correspondencia de los pacientes. BARFOOT, M., BEVERIDGE, A. W. (1990), *Madness at the crossroads: John Home's letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1886-87*, *Psychological Medicine*, 20, 263-284; BEVERIDGE, A. (1998), *Life in the Asylum: patients' letters from Morningside, 1873-1908*, *History of Psychiatry*, 9, 431-469, p. 434.

⁴⁷³ La inspección de las cartas no era algo exclusivo de Leganés, ya que se ha constatado en otros establecimientos como el de Valencia. Puede consultarse, HEIMANN (2006), p. 447

⁴⁷⁴ Sobre la escritura de pacientes se puede leer: CUÑAT ROMERO, M. (2007), Las cartas “locas” de doña Juana Sagrera, *Frenia*, 7, 89-107; GARCÍA DÍAZ, C., JIMÉNEZ LUCENA, I. (2010), Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950), *Frenia*, 10, 123-144; MOLINARI, A. (2005), *Autobiografías de Mujeres en el Manicomio italiano a principios del siglo XX* y MARMITT WADI, Y. (2005), *Recreando la vida. Catarsis y escritura íntima en las cartas de una paciente psiquiátrica*, ambos, En CASTILLO, A., SIERRA, V., (coord.), *Letras Bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Ediciones Trea, pp. 379-399 y 421-447, respectivamente.

⁴⁷⁵ Historia clínica 1433. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

la autorización de la madre superiora para redactarla, aludiendo al poder de las monjas y su papel coercitivo como cuidadoras-controladoras en el mismo.

«(14 de Agosto de 1944. A un amigo). Querido Luís, por el cariño que siempre nos has demostrado a mis hermanos y a mí, y apelando a tus buenos sentimientos, te suplico que en cuanto recibas esta vengas a verme, aunque no sea más que un instante. No te cuesta ningún trabajo y para mí sería un bien tan grande, que me ayudase a resignarme con mi suerte. Estoy aquí en el manicomio de Leganés, con esta sola frase te darás cuenta de mi pena que es infinita, más que por mi, por encontrarme separada de mis hijos y sobretodo de mi pequeñín al que no consigo olvidar ni de día ni de noche. Lili.

Las hermanas me tratan con mucho cariño, pero ni aún esto me hace olvidarme de ellos, y más que nada la incertidumbre de saber quien me cría a mi Rafaelito acaba conmigo. Por dios ven que yo pueda verte y consolarme un poco. Te espera ansiosa, Lili. Esta la escribo con la autorización de la superiora quien sabe que eres un buen amigo nuestro»⁴⁷⁶.

En la última carta, tan sólo cuatro días tras su internamiento, volvió a reprocharle a su marido su sensación de abandono.

«(16 de Agosto de 1944. A su marido). Anúlame de tu vida, pero ¡por dios! Déjame al lado de mis hijos. Déjame cuidar nuestra casa y atenderlos a ellos, que tú bien sabes que eso siempre lo hice con esmero. Antonio! Por la virgen, ¿tú sabes donde me has enviado?, ¿tú tienes idea si quiera lo que es un manicomio? No; tú no lo sabes, no es posible que si así fuese, me hubieses traído aquí, que a mi aunque ya no me quieras, soy la madre de tus cinco hijos, y tú sabes lo que yo te quiero. Yo envidio a la Nora, y si no vienes pronto, acabaré sólo dios sabe como. No te hagas de piedra y ten compasión de tu desgraciada mujer, que sólo quiere a sus hijos. Lili»⁴⁷⁷.

En la historia clínica de la enferma el médico no anotó tratamiento alguno, aunque se sobreentiende que acudía a laborterapia (taller de costura) diariamente⁴⁷⁸. No podemos afirmar si estas cartas precipitaron la concesión de una licencia de salida de tres meses, pero, una vez finalizado el tiempo otorgado, la paciente no regresó y fue dada de alta en 1945⁴⁷⁹.

⁴⁷⁶ Ibidem.

⁴⁷⁷ Ibidem.

⁴⁷⁸ No es la primera vez que se encuentran referencias en documentos anexos a la historia clínica sobre esta actuación terapéutica. En TIERNO, R, VILLASANTE, O, VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007a), La reforma psiquiátrica, durante la Segunda Republica en el manicomio Nacional de Leganés. En: CAMPOS, R., MONTIEL L., HUERTAS, R. (Coord.), *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 329-345, 342. Sobre dicha cuestión nos detendremos en el capítulo de Tratamientos.

⁴⁷⁹ Historia clínica 1433. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

2.2. La patología carencial en el Manicomio de Leganés durante la posguerra

Una entidad diagnóstica de gran relevancia durante la Guerra Civil fueron las enfermedades carenciales, y entre ellas la pelagra (ambas incluidas en el grupo III, en el apartado de las alteraciones mentales secundarias a intoxicaciones). Dichas patologías fueron ampliamente estudiadas, entre otros, por Bartolomé Llopis y Manuel Peraita durante la guerra y la inmediata posguerra. Además de la conocida obra de Llopis *Psicosis pelagrosa*⁴⁸⁰, el autor publicó varios trabajos centrados en los trastornos psíquicos que la pelagra causaba⁴⁸¹. Manuel Peraita también investigó sobre diversos aspectos de dicha patología⁴⁸², aunque sus aportaciones se centraron en las neuropatías carenciales observadas en Madrid durante la contienda⁴⁸³, y la descripción de lo que el denominó *El complejo sintomático de Madrid: síndrome parestésico-causálgico*⁴⁸⁴.

Se ha podido observar que no apareció ningún primer diagnóstico de neuropatías carenciales en las historias clínicas, probablemente porque en la periferia de Madrid la

⁴⁸⁰ LLOPIS, B. (1946a), *Psicosis pelagrosa*, Barcelona, Científico-Médica.

⁴⁸¹ LLOPIS LLORET, B. (1940), La psicosis pelagrosa, la psicopatología general y la nosografía psiquiátrica, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 174-193; LLOPIS, B. (1941), Algunas consideraciones generales sobre la pelagra, *Revista Clínica Española*, 3 (4), 328-334; LLOPIS LLORET, B. (1943), Los trastornos psíquicos de la pelagra (enfermedad de Casal), *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 7-31; LLOPIS, B. (1946b), Relaciones recíprocas entre pelagra y psicosis, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 229-34.

⁴⁸² Peraita publicó varios artículos tras la guerra sobre enfermedades carenciales, ver entre otros: PERAITA, M. (1940), Efectos terapéuticos del ácido nicotínico sobre los síntomas nerviosos y mentales de los pelagrosos, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 97-105; MÁRQUEZ BLASCO, J., PERAITA, M. (1940), Los capilares en los síndromes neurológicos de la pelagra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 198-219; PERAITA, M., MÁRQUEZ BLASCO, J. (1940), Temperatura cutánea y regulación vasomotora en enfermos avitaminicos (grupo de la pelagra), *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 219-241; LÓPEZ IBOR, J. J., PERAITA, M. (1941a), Sobre latirismo, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 25-33; PERAITA, M. (1943), La clínica de las neuropatías carenciales observadas en Madrid, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 32-53; PERAITA, M. (1947b), El complejo sintomático de Madrid: síndrome parestésico-causálgico, *Revista Clínica Española*, 26 (4), 225-234; PERAITA, M. (1949a), Las neuropatías carenciales en la segunda guerra mundial, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 8, 167-195; PERAITA, M. (1949b), *Las Mielopatías funiculares carenciales (Grupo de la pelagra)*, Madrid, CSIC.

⁴⁸³ GRANDE, F., PERAITA, M. (1941a), *Avitaminosis y Sistema Nervioso*, Barcelona, Miguel Servet; PERAITA (1943), pp. 32-53; Una información más detallada sobre las enfermedades carenciales durante la Guerra Civil e inmediata posguerra puede verse en: DEL CURA, I. (2004), *Problemas epidemiológicos, médicos y sociales del latirismo en España*, Tesis doctoral, UAM; DEL CURA, I., HUERTAS, R. (2007), *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947*, Madrid, CSIC; DEL CURA, I., HUERTAS, R. (2008), The siege of Madrid (1937-1939). Nutritional and clinical studies during the Spanish Civil War, *Food and History*, 6 (1), 193-214; HUERTAS, R. (2006), Hambre, enfermedad y locura: la aportación de Bartolomé Llopis al conocimiento de la psicosis pelagrosa, *Frenia*, 6, 79-107, HUERTAS, R., DEL CURA, M. I. (2010), Deficiency Neuropathy in Wartime: The "Paresthetic-Causalgic Syndrom" described by Manuel Peraíta during the Spanish Civil War, *Journal of the History of Neurosciences*, 19, 173-181.

⁴⁸⁴ PERAITA (1947b), pp. 225-234.

devastación por el hambre tras la Guerra Civil fue menos acusada que en la capital⁴⁸⁵. Ya durante los años de la contienda contrastaba el crecimiento de enfermedades carenciales en Madrid capital⁴⁸⁶, en comparación con la ausencia de casos similares en el Manicomio de Leganés⁴⁸⁷. Tan sólo un paciente fue diagnosticado de “pelagra” que ingresó en septiembre de 1939 como segundo diagnóstico. Se trataba de una mujer soltera de 56 años edad con esquizofrenia paranoide, y no recibió tratamiento durante su estancia en el hospital⁴⁸⁸. Es significativo señalar un diagnóstico de “neuritis óptica retrobulbar”⁴⁸⁹, en un varón casado alcohólico que entró en junio de 1945, y dado de alta tan sólo un mes después sin que se detalle el motivo⁴⁹⁰. Conviene recordar que, en 1941, Manuel Peraita junto a Grande Covián describieron una pluralidad de síndromes de origen carencial que surgieron en Madrid durante la Guerra Civil, y entre los que se incluían la “neuritis óptica retrobulbar”⁴⁹¹.

3. LA PATOLOGÍA SIFILÍTICA

La terminología de los fenómenos paralíticos asociados a trastornos mentales ha sufrido variaciones a lo largo de su historia, desde la *aracnitis crónica* de Bayle (1799-

⁴⁸⁵ Tras la guerra otros autores darían a conocer la existencia de pelagra y otras enfermedades carenciales registradas en otros establecimientos psiquiátricos como los de Jaén y Barcelona: GUTIÉRREZ, J. P., CAMY, P. (1943), Pelagra y síndromes pelagroides durante nuestra guerra de liberación, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 89-90; BORDAS, R. (1945), La avitaminosis en los enfermos de la clínica mental de la Diputación durante el trienio 1937- 1939, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 90-91.

⁴⁸⁶ Entre los años 1937 y 1938 empezaron a ingresar pacientes en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial de Madrid, donde trabajaba Bartolomé Llopis, y en el Hospital Clínico de San Carlos, con enfermedades mentales secundarias a la avitaminosis B2, conocida como pelagra. LLOPIS LLORET (1940), pp. 174-193; LLOPIS (1941), pp. 328-334; LLOPIS LLORET (1943), pp. 7-31.

⁴⁸⁷ VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, P. (2012), *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*, Tesis doctoral, UCM, pp. 132-133.

⁴⁸⁸ Historia clínica 1183. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁸⁹ La neuritis óptica retrobulbar es un cuadro clínico que junto a la neuritis coclear, así como las anestias corporales (síndromes parestésicos y parestésico-causálgico de Peraíta), podían aparecer como manifestaciones sintomáticas de la Psicosis pelagrosa. En: LLOPIS LLORET (1940), p.175.

⁴⁹⁰ Historia clínica 1472. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁴⁹¹ Publicaron un estudio de 300 casos con diversos síndromes nerviosos y mentales de naturaleza avitaminica y agruparon los diferentes complejos sintomáticos nerviosos carenciales en: *Grupo 1º sin alteraciones cutáneas: síndrome parestésico, síndrome parestésico-causálgico, neuritis óptica retrobulbar, mielopatías funiculares, neuritis coclear, formas mixtas y de transición. Grupo 2º con alteraciones cutáneas pelagrosas: pelagra más manifestaciones parestésicas de tipo simple, pelagra más manifestaciones parestésico-causálgico, pelagra más neuritis óptica retrobulbar, pelagra más neuritis coclear, pelagra sin manifestaciones parestésicas, pelagra asociada a cuadros nerviosos complejos* Ibidem. También en: PERAITA (1943), pp. 32-53.

1858) hasta la *parálisis general progresiva*⁴⁹², y ha atravesado, como recuerda Rafael Huertas, intensos debates nosológicos sobre el modelo anatómo-clínico de la enfermedad mental⁴⁹³. Existieron controversias entre la teoría de la «unicidad» de Bayle frente a la teoría «dualista» que sostuvo Baillarger (1809-1890) donde, por una parte, existía la demencia paralítica y, por otra, el delirio⁴⁹⁴.

Los primeros datos publicados en España sobre parálisis generales fueron en el *Certamen Frenopático Español* celebrado en 1883⁴⁹⁵. A partir de entonces, el interés por la enfermedad paralítica se incrementó, sobre todo, en las primeras décadas del siglo XX, apareciendo publicaciones como las de Gonzalo Rodríguez Lafora centradas fundamentalmente en cuestiones terapéuticas⁴⁹⁶, o las de Vallejo Nágera quien aplicó la malarioterapia (administrando sangre de enfermos de malaria) en el Manicomio de Ciempozuelos⁴⁹⁷. La proliferación de artículos científicos en torno a la terapéutica de la PGP se mantuvo y, a partir de los años cuarenta y la introducción del tratamiento con penicilina, se multiplicaron las publicaciones⁴⁹⁸.

En 1946 Manuel Peraita publicó dos artículos en la *Revista Clínica Española*, sobre casos ingresados en la institución con diagnóstico de parálisis general progresiva y tratados con penicilina intrarraquídea. En el primero de ellos Peraita analizaba junto a Enrique Fernández Sanz la evolución de un paciente con Parálisis General Juvenil concluyendo que, tras la administración de un ciclo de tratamiento, las alteraciones del

⁴⁹² VILLASANTE, O. (1999b), Parálisis general progresiva en España en el último tercio del siglo XIX. En ROMERO, A. I., CASCO, J., FUENTENEbro, F., HUERTAS, R. (eds.), *Cultura y Psiquiatría del 98 en España*, Madrid, Necodisne, pp. 19-31; VILLASANTE, O. (2000) La introducción del concepto de parálisis general progresiva en la psiquiatría decimonónica española, *Asclepio*, 52 (1), 53-72.

⁴⁹³ HUERTAS, R. (2004), *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, pp. 99-102.

⁴⁹⁴ BERRIOS G. E. (2008), *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*, México, Fondo de Cultura Económica, p.229; BERRIOS, G. E, PORTER, R. (2012), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Ed. Triacastela.

⁴⁹⁵ VILLASANTE, O. (1997a), *El Primer Certamen Frenopático Español (1883) y su papel en la institucionalización de la psiquiatría*, Tesis doctoral, UAM; VILLASANTE, O. (1997b), Primer Certamen Frenopático Español (1883), Estructura asistencial y aspectos administrativos, *Asclepio*, 49, 79-93.

⁴⁹⁶ RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1921), Progresos recientes en el tratamiento de la neurosífilis, *Archivos de Neurobiología*, 2 (1), 56-70; RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1924a), Investigaciones experimentales recientes sobre sífilis neurotrópica y el problema de la parálisis general, *Archivos de Neurobiología*, 4, 54-70; RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1924b), Sobre la tabes, *Archivos de Neurobiología*, 4, 97-117. RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1925), Sobre el tratamiento de la parálisis general por el paludismo y la fiebre recurrente, *Archivos de Neurobiología*, 5, 101-128.

⁴⁹⁷ Véase VALLEJO NÁGERA, A., GONZÁLEZ PINTO, R. (1927), *Nuestra experiencia clínica sobre la Malarioterapia de la Parálisis General Progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro. VALLEJO NÁGERA, A. (1926), *Malarioterapia y Pronóstico de la Parálisis Progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro. VALLEJO NÁGERA, A. (1929), *El tratamiento de la Parálisis General y otras Neurosífilis*, Barcelona, Labor.

⁴⁹⁸ QUÉTEL, C. (1990), *History of Syphilis*, Baltimore MD, John Hopkins University Press.

LCR desaparecieron, pero el cuadro clínico no sufrió modificación alguna⁴⁹⁹. En el segundo trabajo publicado pocos meses después expuso dos nuevos casos de parálisis general progresiva tratados con el mismo método. Sin embargo su intención con esta segunda publicación fue la de cuestionar los resultados previos, ya que tras la administración de la penicilina, ni las alteraciones de LCR, ni el cuadro psíquico habían mostrado ningún cambio favorable⁵⁰⁰.

Al revisar las historias clínicas, hemos podido comprobar que el primer caso publicado era un paciente varón y soltero de 26 años de edad que ingresó en 1945 con un diagnóstico de Parálisis General Juvenil y tratado con penicilina intrarraquidea por Peraita y Fernández-Sanz Méndez. El paciente falleció un año después a causa de una bronconeumonía, si bien no se había completado el tratamiento⁵⁰¹.

La segunda publicación presentaba dos casos; el primero, era el de un varón de 36 años casado que entró en septiembre de 1945 como pensionista de segunda desde la Clínica del Dr. Esquerdo, falleciendo en diciembre de 1949 de una enterocolitis⁵⁰². El segundo, el de otro varón de 53 años casado que entró en el manicomio en diciembre de 1945 como pensionista de segunda procedente de Madrid y fallecido en agosto de 1948 de una miocarditis⁵⁰³. Así pues el fallecimiento de estos tres casos, recogidos en ambas publicaciones, poco tiempo después, no permitía gran optimismo a Peraita⁵⁰⁴.

En el Manicomio de Leganés, los diagnósticos de sífilis y PGP fueron decreciendo a medida que avanzaba el siglo XX, pasando de cifras de 7,8% en la década de los años veinte⁵⁰⁵ y 7% durante la Segunda República (exclusivamente en varones)⁵⁰⁶, a cifras inferiores al 2% en la Guerra Civil⁵⁰⁷, y del 3%, en la primera década de la posguerra. Desde el final de la contienda hasta 1952 se diagnosticaron un total de 15 casos de paralíticos. En todas las historias clínicas de PGP se incluían analíticas de sangre y LCR con la reacción serológica de Wassermann para la detección

⁴⁹⁹ PERAITA, M., FERNÁNDEZ-SANZ MÉNDEZ, A. (1946), Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquidea de penicilina, *Revista Clínica Española*, 2 (20), 2, 144-145.

⁵⁰⁰ PERAITA, M. (1946c), Acerca del tratamiento de la parálisis general progresiva, según el método de D. Goldmann, *Revista Clínica Española*, 2 (33), 3, 227-237.

⁵⁰¹ Historia clínica 1480. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁰² Historia clínica 1483. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁰³ Historia clínica 1496. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁰⁴ Ambas publicaciones serán abordadas de nuevo en el siguiente capítulo a propósito de los tratamientos que se aplicaron.

⁵⁰⁵ CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 213.

⁵⁰⁶ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), p. 84.

⁵⁰⁷ Durante la guerra tan sólo ingreso un paciente diagnosticado de PGP. VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 235.

de anticuerpos sifilíticos (figura 4)⁵⁰⁸. Doce de ellos fueron diagnosticados de PGP, uno de parálisis general juvenil, otro de parálisis infantil y otro de lúes cerebral⁵⁰⁹. La mayoría fueron pacientes varones (al igual que en periodos anteriores), casados, de los cuales el 60% recibió tratamiento.

HOSPITAL DE LA PRINCESA
LABORATORIO

Análisis de líquido céfalo-raquídeo

Servicio del Dr. Perales
Sala de S. Enfermo M^a Luisa Garcia Cama núm.

CARACTERES FÍSICO-QUÍMICOS

Color	Aspecto	Presión
EN 100		EN 1000
Cloruros	Albúmina	<u>0'68</u>
Urea	GLOBULINAS	
Glucosa	Pandy	<u>+++</u>
Sangre	Nonne (fase 1. ^a)	<u>+++</u>
Fibrina	Noguchi	<u>+++</u>
Hemosilinas	Weichbrodt	<u>+++</u>

GITOLOGÍA

Núm. de células por mm. c. ... <u>11</u>	Mononucleares en 100
Linfocitos en 100	C. endoteliales en 100
Polinucleares en 100	Otros elementos, en 100

REACCIONES COLOIDALES

Lange 0.1233200000 Benjui

WASSERMANN

0,1 de antígeno 0,5 de l. c. r. Positivo +++

* 1 cc. *	<u>++</u>
* 2 cc. *	<u>+++</u>

RESULTADO =

Reacción con dos antígenos, complemento titulado solo y en presencia de antígeno y sistema anti-carnero con 4. U. H.

OBSERVACIONES

Madrid, 16 de 11 de 1945

El Jefe del Servicio,
Diego Falcón

Figura 4. Analítica de LCR incluida en las historias clínicas del Manicomio de Leganés.

⁵⁰⁸ August Von Wassermann (1866-1925), en 1906, introdujo una reacción serológica en la que se detectaban anticuerpos sifilíticos en sangre y LCR en el 90% de los casos de parálisis general. Esta prueba de detección de anticuerpos sifilíticos ya era utilizada desde las primeras décadas del siglo XX en la institución de Leganés. Sobre dicha institución CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 215.

⁵⁰⁹ Los tres últimos casos corresponden a las historias clínicas 1399, 1456, 1480. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Reproducimos parte de una historia clínica correspondiente a una paciente diagnosticada de “parálisis general juvenil”. Al ingresar, Manuel Peraita recopiló datos aportados por la familia y, a continuación, efectuó una entrevista a la propia enferma contrastando dicha información. Nos parece interesante reproducir estos fragmentos de la historia, ya que muestran, con bastante claridad y detalle los síntomas psiquiátricos en un caso de PGP de rápida evolución (la paciente presentaba risas inmotivadas, estado de ánimo inapropiado y alteraciones del comportamiento con conductas extrañas). La familia describía cómo en el transcurso de cuatro meses, la paciente había comenzado con una clínica consistente en dificultad de concentración, pérdida de memoria reciente, pérdida de la capacidad de calcular, ideación delirante autoreferencial y de perjuicio, junto con alucinaciones auditivas.

«(24 de febrero de 1945) Datos facilitados por la familia. Hasta hace cuatro meses la enferma no ha presentado ninguna alteración. Desde entonces notaron que la enferma *hablaba sola*, como si pensase en voz alta. Dicen que trabajaba como cajera en el Lion d’or, y que a veces cogía un lapicero y lo esgrimía como si fuera una batuta para dirigir la orquesta. Dicen que otras veces se *reía inmotivadamente*. La hermana de la probante trabajaba en la misma casa, y dice que a veces la *amenazaba*, diciéndola “ya verás, ya verás, también a ti te ajustaré las cuentas”. Después dijo que se marcharía de casa, e hizo varias tentativas para lograrlo, esto explicaba diciendo que *la trataban mal* y que la hacían la vida imposible.

(...)Tampoco supo responder al encargado de la tienda cuando este le preguntó el *dinero que tenía la caja*. Hace tres días dijo la enferma que *oía una radio*, y que oía una boda, y a los que la rodeaban les preguntaba si no la oían. Al acostarla, *decía que la estaban hablando*, y que oía a su hermana (que estaba trabajando), después cuando se levantó y salió a la calle, *se metía con la gente*. Sin embargo en otros momentos estaba parada, incluso acostada se tapaba con las ropas de la cama, y no hacía caso a nadie. En este tiempo la observaron una *febrícula*. Las alteraciones psíquicas iban en aumento (...)»⁵¹⁰.

La psicopatología explicada por la familia fue posteriormente argumentada por la paciente, quien sin negar la clínica justificaba gran parte de ella.

«(24 de febrero de 1945) Se presenta correcta y cuidadosa en el vestir. Saluda y se sienta. Se establece el rapport. Dice que hasta hace cuatro meses estaba completamente bien desde entonces comenzó a notar una *falta de memoria*. Dice que desde esta fecha empezó a tener *conversaciones en alta voz* “voy a la cocina y me encuentro el fogón sucio, y digo: si yo me casara y

⁵¹⁰ Historia clínica 1456. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

mi marido encontrase el fogón así, estaría bien que me matase” (...) Dice que ha *oído voces* como si fuera la radio, y que los traperos hicieron una fiesta por la radio y ella la oyó. Dice que ahora encuentra dificultades en el trabajo, en la caja, que no le había sucedido nunca antes.

Dice que notaba en la casa donde trabajaba que no la apreciaban como al principio “no porque a mi me lo hallan dicho de palabra sino porque a mi hermana le decían que era una antipática y que estaba loca”. Dice que no es que cogiera un lapicero y que se pusiese a accionar como a dirigir una orquesta, si no que estando en la caja, vio a un estudiante que estaba sentado en la mesa, y al mismo tiempo que estudiaba accionaba con un lapicero en la mano. Después fue al mostrador, y allí dijo a sus compañeras, no soy yo sola la que acciona y habla sola, y les contó el caso del estudiante imitando sus movimientos. Luego a veces se reía, porque me hacían gracia las cosas de algunos clientes⁵¹¹».

4. PROCESOS ARTERIOSCLERÓTICOS Y DE REGRESIÓN (DEMENCIA SENIL) Y EPILEPSIA GENUINA

La definición de demencia senil, incluida dentro de los procesos arterioscleróticos, había evolucionado desde el siglo XVIII cuando autores como William Cullen definió el término “amentia”, o Philippe Pinel utilizó el de “demencia”⁵¹². Durante el siglo XIX, se intentó buscar una correlación entre la patología cerebral y las lesiones anatomopatológicas específicas, de modo que, diversos autores describieron cuadros demenciales con lesiones cerebrales asociadas⁵¹³. El término de “enfermedad de Alzheimer” fue acuñado por Kraepelin en la octava edición de su Tratado⁵¹⁴.

Los internamientos por casos de demencias en la institución en la posguerra se situaron alrededor del 9% de los ingresos, cifra similar a los diagnósticos registrados en el periodo de guerra 9%, y por encima de los porcentajes de la Segunda República que rondaban el 4%⁵¹⁵. Se diagnosticaron 62 casos entre demencia senil y arteriosclerótica en el Manicomio de Leganés en los años cuarenta. El 61% de ellos eran mujeres, mayoritariamente viudas. El tratamiento en este tipo de diagnósticos era infrecuente, tan

⁵¹¹ Historia clínica 1456. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Mujer de 29 años, soltera, que ingresa el 21 de febrero de 1945 como pensionista de segunda clase. Recibió tratamiento con malarioterapia en marzo de 1945 en la institución, tras realizársele un análisis de LCR. Fallece por un ataque convulsivo en de marzo de 1947.

⁵¹² BERRIOS (2008), p. 226; y POSTEL, QUÉTEL (1987), pp. 720-722.

⁵¹³ KRAEPELIN, E. (1999), *Cien años de psiquiatría*, Madrid, Asociación española de neuropsiquiatría, pp. 144-145.

⁵¹⁴ BERRIOS (2008), pp. 260-261.

⁵¹⁵ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), p. 84.

sólo cinco pacientes recibieron tratamiento farmacológico y la mayoría de los casos fallecían en la institución.

Las demencias seniles, junto con la enfermedad de Alzheimer, la presbiofrenia y el delirio de persecución senil, estaban incluidas dentro del subgrupo de Kraepelin “Psicosis seniles”. Este último término fue utilizado en el manicomio en cuatro ocasiones, añadiéndose en dos alguna descripción clínica, como fue el caso de un varón casado de 76 años diagnosticado de “psicosis senil delirante tipo paranoide sin estado demencial”. Este paciente había ingresado en mayo de 1943 como pensionista trasladado desde el sanatorio Villa Josefina de Madrid⁵¹⁶, y fue dado de alta al no regresar de un permiso temporal, sin haber recibido tratamiento durante su internamiento⁵¹⁷. El segundo fue el de una mujer soltera de 60 años con “psicosis presenil esquizoide”, que ingresó como pensionista de segunda clase procedente del Manicomio de Oviedo en junio de 1952 y, sin recibir tratamiento, fue trasladada a un desconocido destino⁵¹⁸. Incluidos en este grupo se registraron dos casos de “presbiofrenia”, término descrito por Kalhbaum a finales del siglo XIX. La *presbiofrenia o parafrenia senil (locura de los viejos)* se había definido como un cuadro de “amnesia, desorientación, falsos reconocimientos y fabulaciones”⁵¹⁹. En España, López Ibor en 1947 había publicado un artículo, donde describía los rasgos esenciales del cuadro de senilidad patológica (desorientación temporal, confabulaciones, trastorno de la comprensión, perseveración, difuminación de la percepción, rigidificación esquemática, verborrea, trastorno del pensamiento, labilidad afectiva, ánimo depresivo, temblores, etc.). Además, hacía una diferenciación de las distintas psicosis seniles: formas depresivas (delirio nihilista), formas confusionales y delirantes (delirios ocupacionales, pseudoalucinaciones auditivas y visuales), formas paranoides y parafrénicas, presbiofrenia o enfermedad de Alzheimer⁵²⁰.

⁵¹⁶ El sanatorio psiquiátrico privado Villa Josefina de Madrid fue fundado en 1942. En el periódico *ABC*, se anunciaba “Villa Josefina sanatorio psiquiátrico. Administrador propietario, Dr. Ruiz Rey Canovas, enfermedades nerviosas, mentales, toxicomanías. Tratamientos ultramodernos. Director Dr. Portillo, jefe de los servicios psiquiátricos provinciales. Subdirector Dr. Ernesto Alberdi, facultad San Carlos. Electroshock. Rejas invisibles, espaciosa huerta, jardines arbolados, modernas y soleadas habitaciones. Márquez de Ahumada Guindalera, Madrid. Censura sanitaria 2044”. *ABC de Sevilla*, 19 de junio de 1942, p. 17.

⁵¹⁷ Historia clínica 1363. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵¹⁸ Historia clínica 1757. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵¹⁹ BERRIOS (2008), p. 257.

⁵²⁰ LÓPEZ IBOR, J. J. (1947a), Psicosis seniles, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 6-26.

Los cuadros clínicos relacionados con la epilepsia, descritos ya en la antigüedad e incluidos en el Grupo VII, frecuentemente ingresaban en los hospitales psiquiátricos y habían sido objeto de numerosos estudios durante el siglo XIX que contribuyeron de forma decisiva a su clasificación y terapéutica⁵²¹. A lo largo del siglo XX el interés suscitado por dicha patología no mermó, y durante la Guerra Civil e inmediata posguerra, se debatió su inclusión en las patologías mentales susceptibles de un cuadro de inutilidad para desempeñar el servicio militar. En un principio se aceptaban todas las variantes, aunque luego suscitaron dudas en torno a su aceptación como causa de inutilidad y sólo se incluyeron algunas formas de epilepsia⁵²². Tras finalizar la contienda aparecieron trabajos centrados en el campo semiológico y terapéutico de la enfermedad⁵²³. Durante el *Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría* de 1942 la primera ponencia desarrollada fue *La epilepsia postraumática* por Vara López⁵²⁴.

En el Manicomio de Leganés, en los primeros años de la posguerra se apreció un crecimiento de casos epilépticos, manteniéndose el número de ingresos, a partir de 1943, la cifra de ingresos supuso el 8% del total.

⁵²¹ Habían aparecido, múltiples clasificaciones desde que Esquirol en 1838 la dividiese en tres grupos: epilepsia idiopática, de origen simpático, y sintomática debida a enfermedades infecciosas. En general, los autores han enmarcado la epilepsia dentro del conjunto de enfermedades mentales, como ya hiciera Kraepelin, quien en las primeras ediciones de su tratado definió dicha entidad como una neurosis, igualándola a los demás trastornos mentales. POSTEL, QUÉTEL (1987), pp. 381-383.

⁵²² ROJAS BALLESTEROS, L. (1940), Algunas notas de psiquiatría militar de la guerra española, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, pp. 35-49. En este artículo el autor adjuntaba una estadística de enfermos mentales durante la guerra que eran enviados a la Clínica Militar Psiquiátrica de Granada para establecer un diagnóstico “con arreglo al cuadro de inutilidades para el servicio militar”. ROJAS BALLESTEROS (1942), p. 99.

⁵²³ LÓPEZ IBOR, J. J. (1941), Epilepsia genuina y lóbulo temporal, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 117-32; LEY GRACIA, E. (1941), Tratamiento quirúrgico de las epilepsias post-traumáticas, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 261-7; ALAMOS DE LOS RÍOS, F. (1943), Contribución al estudio de la epilepsia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 167-168.

⁵²⁴ El Congreso celebrado el 12 de enero de 1942 contó como primera ponencia: *Neurología de guerra*. Los ponentes fueron R. Vara López y R. Alberca. Dicha ponencia se encuentra publicada en: VARA LÓPEZ (1942), pp. 27-52.

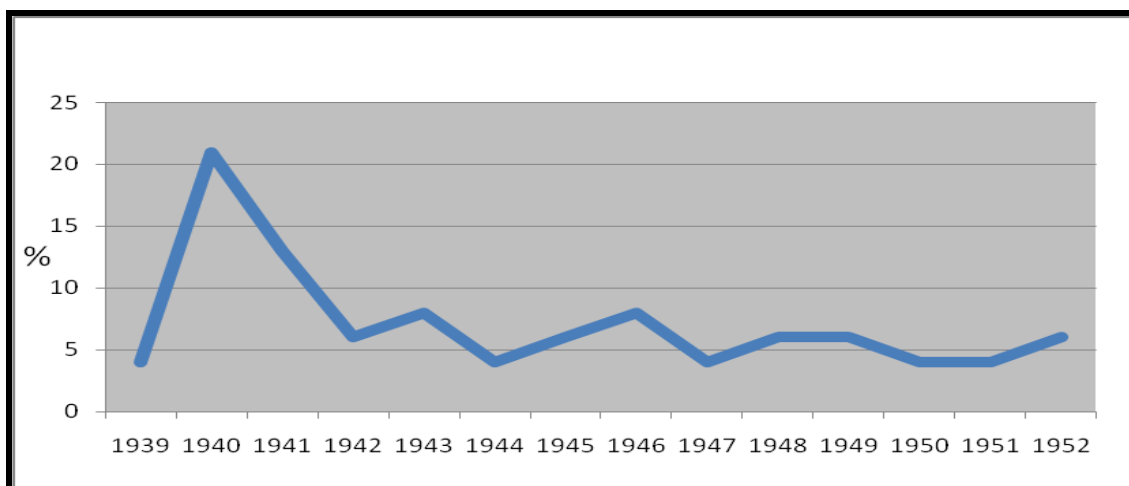


Figura 5. Evolución diagnóstica de la Epilepsia (grupo VII) en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Se computaron 43 pacientes epilépticos (8%) -epilepsia, epilepsia genuina, epilepsia larvada, epilepsia en forma de debilidad mental y psicosis epiléptica-. El 70% de ellos eran varones, solteros en su mayoría, sin que hayamos encontrado recogidos factores hereditarios en las historias clínicas de estos pacientes⁵²⁵. La mitad recibieron tratamiento, siendo la farmacoterapia la principal alternativa terapéutica, si bien a tres de ellos, se les practicó una leucotomía. La primera se trataba de una mujer soltera de 51 años de edad e ingresada en noviembre de 1939, leucotomizada en julio de 1944 y falleciendo en 1951 en el establecimiento. El segundo caso fue una mujer soltera de 30 años que ingresó en noviembre de 1940, siendo intervenida quirúrgicamente también en 1944, y falleciendo en 1952; en esta paciente la leucotomía se practicó después de la administración de fármacos, bromuros y luminal. La tercera, mujer soltera de 36 años, internada en mayo de 1941, fue intervenida en octubre de 1944⁵²⁶.

Presentamos un evolutivo de la historia clínica de un paciente con epilepsia, que fue atendida por Manuel Peraita, en el que se aprecia la utilización de la sujeción para controlar los impulsos agresivos del enfermo:

«6 de julio de 1944. El enfermo se presenta en el despacho sujeto con correas. Le tienen sujeto a causa de sus impulsos agresivos. Expresión estúpida. Contesta lentamente a nuestras preguntas. Dice bien su nombre. Bien orientado autopsíquicamente. Habla con una gran lentitud. Sabe que hoy

⁵²⁵ Sin embargo, en décadas anteriores ya se hablaba en el manicomio de la existencia de una predisposición hereditaria como factor morboso de la epilepsia. VILLASANTE, O., CANDELA, R. (2008), *El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. Ponencia presentada en el VIII Coloquio de REDAM: Historia, cultura, sociedad y locura*, Tarragona.

⁵²⁶ Historias clínicas 1191, 1246, 1276. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. En las tres pacientes referidas, se les aplicó la leucotomía a en el año 1944.

estamos a jueves. Día, me parece que estamos a 24, no sabe el mes. “me parece que es verano”, no sabe el año “me parece que es a 26”, “eso lo sé yo”, “a ver si lo sabe eso Virgilio”. No se da cuenta de que estamos explorándole y cree que necesitamos saber la fecha. Sabe que lleva aquí cuatro años. No reconoce al celador al cual tiene mucho afecto. (...), el estado de confusión post accesimal suele durar mediodía. Después queda normal. Los actos impulsivos han aparecido siempre en poco tiempo al ataque. Puede considerarse como un aura psíquica. Después de los ataques encontrándose enfermo, también ha golpeado y ha agredido a otros enfermos. A parte de los momentos que preceden al acceso o de los estados que le siguen no se mete con nadie. Cuando alguna vez le han recriminado por lo que ha hecho, han podido darse cuenta de que no recuerda súbitamente nada de lo sucedido»⁵²⁷.

5. EL FINAL DE LA *DEMENTIA PRAECOX* Y LA CONSOLIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

La demencia precoz (hebefrénica, catatónica y paranoide) emergió claramente definida y separada del resto de las enfermedades mentales en la sexta edición del *Tratado de Psiquiatría* de Kraepelin en 1899⁵²⁸. Dicho término había sido introducido previamente por A. Morel (1809-1873), en 1860, en su *Traité des maladies mentales*, con un significado diferente al otorgado por Kraepelin posteriormente⁵²⁹. Este último autor implantó el criterio evolutivo en la definición de la demencia precoz entendiéndola como una enfermedad con evolución terminal hacia un estado de debilitamiento psíquico⁵³⁰. De todas maneras, el término demencia precoz quedó gradualmente sustituido por el de esquizofrenia a partir de 1911 cuando Eugen Bleuler (1857-1940) lo acuñó en la obra *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*⁵³¹. Posteriormente en 1913, Kraepelin, en la octava edición de su *Tratado*, añadió otras formas de demencia precoz: simple, depresiva, pseudoperiódica y

⁵²⁷ Historia clínica 1203. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Se trataba de un varón soltero de 17 años, diagnosticado de epilepsia, que ingresó el 26 de febrero de 1940 como pensionista de segunda clase por indicación médica y falleció en enero de 1951 por epilepsia, a pesar de recibir tratamiento farmacológico con luminal y bromuro.

⁵²⁸ POSTEL, QUÉTEL (1987), pp. 217-224; GARRABÉ, J. (1996), *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 42-51; HUERTAS (2004), pp. 123-133.

⁵²⁹ HUERTAS (2004), p. 125.

⁵³⁰ GARRABÉ (1996), p. 43.

⁵³¹ Eugen Bleuler sustituyó finalmente la acepción “demencia precoz” por “esquizofrenia” en 1911. BLEULER, E. (1911), *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. En ASCHAFFENBURG, G. (ed.), *Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig and Vienna, Breitkopf und Hartel, pp. 1911-1928.

demencial, además de incorporar un nuevo grupo, el de las parafrenias, con sus cuatro variantes -parafrenia sistemática, expansiva, confabulatoria, y fantástica⁵³².

En España, la incorporación del concepto de demencia precoz estuvo presente en las publicaciones desde los primeros años del siglo XX⁵³³, y el uso del término esquizofrenia no se hizo esperar⁵³⁴. Sin embargo, la sustitución del término demencia precoz por el de esquizofrenia en las historias clínicas del Manicomio de Leganés fue progresiva, y, aunque había comenzado ya en la segunda década del siglo XX⁵³⁵, aún se mantuvieron coexistiendo ambos hasta la finalización de la Guerra Civil cuando la vieja terminología quedó en completo desuso⁵³⁶.

Al finalizar la contienda aparecieron diversos trabajos publicados sobre la esquizofrenia, entre los que destacan, en 1940, el *Tratamiento moderno de las esquizofrenias* de Ramón Sarró⁵³⁷ o, dos años después, la monografía de Francisco Marco Merenciano (1903-1954), *Esquizofrenias paranoides (psicopatología y tratamiento)*⁵³⁸. Así mismo surgieron numerosos artículos en revistas sobre diversos aspectos psicopatológicos, legales o terapéuticos de la enfermedad⁵³⁹.

⁵³² ÁLVAREZ, J. M. (1996), La invención de las parafrenias, *Revista de la AEN*, 16 (57), 75-78.

⁵³³ PLUMED, J., DUALDE, F., REY, A. (1997), El debate en torno a la demencia precoz a través de las revistas médicas españolas (1902-1928). En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 481-496.

⁵³⁴ PLUMED, J., DUALDE, F. (2001), El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas, 1925-1975. En ANGOSTO, T., RODRIGUEZ, A., SIMÓN, D., *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)*, Ourense, Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Saúde Mental, pp. 141-150.

⁵³⁵ MOLLEJO APARICIO, E. (2011), *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*, Madrid, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, p. 264; CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 214.

⁵³⁶ VÁZQUE DE LA TORRE (2012), pp. 216-217.

⁵³⁷ SARRÓ BURBANO, R. (1940), *Tratamiento moderno de las Esquizofrenias*, Barcelona, Colección española de monografías médicas. Sobre Ramón Sarró se puede consultar: SARRÓ MALUQUER, R. (2006), Las formas elementales de la vida esquizofrénica: las dos antropologías en el pensamiento de Ramón Sarró Burbano, *Frenia*, 6, 109-126.

⁵³⁸ MARCO MERENCIANO, F. (1942a), *Esquizofrenias Paranoides: Psicopatología y Tratamiento*, Barcelona, Miguel Servet. Un amplio estudio dedicado a las aportaciones científicas sobre la esquizofrenia tras la guerra civil se puede consultar en: DUALDE BELTRAN, F. (2004a) *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939-1975)*, Tesis doctoral, Universitat de Valencia.

⁵³⁹ Entre las publicaciones consultadas destacamos: DELGADO ROIG, J. (1942), Medicina legal militar en la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 147-51; MARCO MERENCIANO, F. (1946), Interferencias esquizoepilépticas, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 57-64; FIGUERIDO TORIJA, C. A. (1946), El problema de las remisiones espontáneas y terapéuticas en la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 30-43; SOLÉ SAGARRA, J. (1948), Fisiopatología de la Esquizofrenia. (Probable acción de los tratamientos convulsivantes), *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 131-144; RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1952), La persona del esquizofrénico, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 7 (21), 87-94.

En las historias clínicas del Manicomio de Leganés, el último paciente con diagnóstico de demencia precoz fue un ingreso en septiembre de 1939, no volviendo a utilizar el término en los documentos clínicos desde entonces.

Durante la posguerra, el grupo de esquizofrenias ocupó el 44% del total de los ingresados (260 casos) con una proporción de hombres y mujeres bastante similar (49% varones y 51% mujeres), y con un porcentaje de solteros del 64%. La mayoría de los pacientes que entraban en la institución con algunos estudios cursados como podían ser los médicos, maestros, abogados e incluso estudiantes tenían diagnóstico de esquizofrenia. Conviene recordar que el ingreso de los médicos en el manicomio se realizaba en la categoría de pensionistas "de carácter gratuito", al menos, desde la orden de junio de 1925⁵⁴⁰. Esta disposición permitía, como se ha visto en otros trabajos⁵⁴¹, la admisión de médicos en cualquier establecimiento sanitario en la citada categoría, siempre que hubieran ejercido la profesión y se encontraran enfermos y sin recursos.

Al revisar los diagnósticos literales (escritos en la historia clínica), encontramos un caso de hebefrenia y tres de catatonía como segundos diagnósticos, coexistiendo esta terminología con la de demencia precoz y de esquizofrenia, forma hebefrénica y catatónica. También aparecía la forma hebefreno-catatónica, término muy empleado en Europa para una variedad de la esquizofrenia⁵⁴², en una mujer de 28 años y soltera, que ingresó en 1943 y falleció al mes siguiente por colapso cardíaco⁵⁴³.

Es preciso recordar que las tres formas clínicas (paranoia, catatónica, hebefrénica) que Kraepelin incluyó dentro del grupo de la demencia precoz ya existían previamente como entidades separadas⁵⁴⁴. La catatonía, que Kart Kalhbaum (1828-1899) había definido como una entidad autónoma por su evolución clínica en su monografía de 1874, y que la diferenció de la catalepsia en su duración, y la definió en cuatro fases: estupor inicial, melancolía, manía y demencia⁵⁴⁵. La hebefrenia que había sido descrita por Ewald Hecker (1843-1909), alumno de Kalhbaum, en una monografía

⁵⁴⁰ *Gaceta de Madrid*, 27 de junio de 1925, 178, p. 1990.

⁵⁴¹ CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 210.

⁵⁴² POSTEL, QUÉTEL (1987), pp. 221-222.

⁵⁴³ Historia clínica 1366. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁴⁴ Sobre la paranoia nos detendremos posteriormente en otro apartado de este mismo capítulo.

⁵⁴⁵ KALHBAUM, L. (1987) [1874], La catatonie ou folie tonique, *Evolution Psychiatrique*, 52 (2), 367-439. Ver también: POSTEL, QUÉTEL (1987) y GARRABÉ (1996).

publicada en 1871, como una entidad que aparecía en adultos jóvenes y de evolución rápida y deficitaria⁵⁴⁶.

Estudiando los diagnósticos de esquizofrenia por grupos de edad, el pico correspondía a edades comprendidas entre los 35 y 45 años (figura 6), más precoces si se compara con la psicosis maniaco-depresiva o la paranoia.

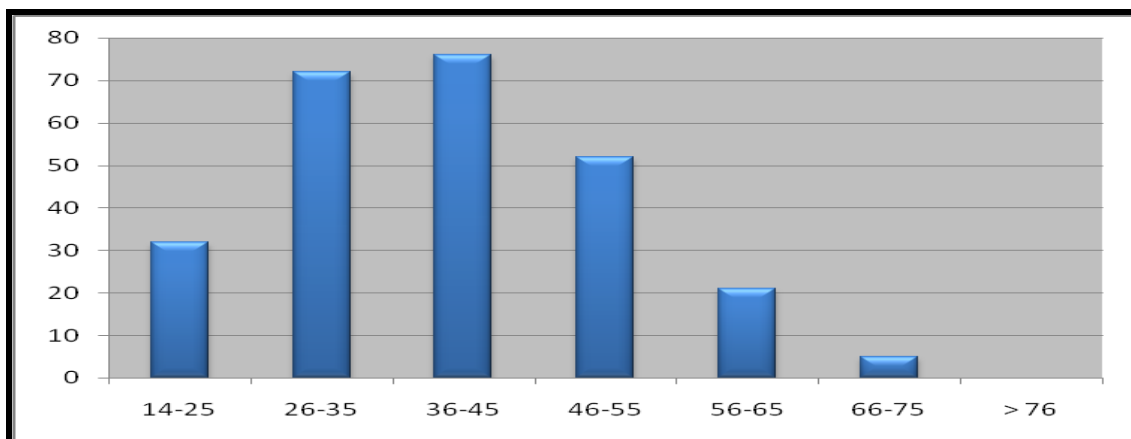


Figura 6. Diagnóstico de esquizofrenia por grupos de edad en los pacientes que ingresan en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Se han incluido, además en este grupo, tres diagnósticos de parafrenia (dos de parafrenia y uno de parafrenia expansiva), entre finales de 1939 y principios de 1941, en cuyas historias no se refleja ningún tratamiento y un caso de “Esquizofrenia paranoide, constitución leptosómica” de Kretschmer⁵⁴⁷. El psiquiatra alemán había propuesto tres tipos de constitución: leptosómico (asténico en su extremo), atlético y pícnico. El leptosómico correspondía al temperamento esquizotímico, encontrándose mayoritariamente en el grupo de esquizofrenias⁵⁴⁸. A pesar de existir un apartado en la *hoja de entrada y vicisitudes* del Manicomio de Leganés donde debía recogerse la constitución de los internados estas anotaciones fueron francamente escasas⁵⁴⁹.

⁵⁴⁶ Se puede consultar una traducción de José María Álvarez, en: HECKER, E., (1995) [1871], *La Hebefrenia: contribución a la psiquiatría clínica* (1871), *Revista de la AEN*, 15 (53), 287-293. También POSTEL, QUÉTEL (1987) y GARRABÉ, J (1996).

⁵⁴⁷ KRETSCHMER, E. (1947), *Constitución y carácter*, Barcelona, Ed. Labor. El texto original en alemán, es de 1927. En este libro el autor expuso la clasificación biotipológica que lleva su nombre, que establecía una correlación entre los tipos morfológicos y los caracteres, y apuntando la existencia de una propensión a determinadas enfermedades nerviosas en función del biotipo.

⁵⁴⁸ KRETSCHMER, E. (1954), *Psicología médica*, Barcelona-Madrid, Ed. Labor, pp. 193-197.

⁵⁴⁹ Sobre la influencia de Kretschmer en España: SOLÉ SAGARRA, J. (1949), “La influencia de Kretschmer en la medicina, la psiquiatría y la literatura psicológica española”, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 4, 475-511.

VIII ESQUIZOFRENIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Esquizofrenia paranoide	41	44	85
Esquizofrenia	37	39	76
Esquizofrenia (forma hebefrénica)	3	2	5
Esquizofrenia estado final	4	7	11
Esquizofrenia forma catatónica	20	9	29
Síndrome esquizofrénico	1	0	1
Esquizofrenia simple	3	5	8
Esquizofrenia hebefrenocatatónica	0	1	1
Esquizofrenia hebefrénica	1	4	5
Esquizofrenia paranoide. Constitución leptosómica	0	1	1
Esquizofrenia procesal	4	6	10
Hebefrenia residual pueril	0	1	1
Esquizofrenia residual hebefrénica	1	0	1
Esquizofrenia hebefrenicaparanoide	1	0	1
Esquizofrenia hebefrénica. Estadio final	0	1	1
Brote hebefrénico con déficit de personalidad	0	1	1
Brote esquizofrénico	0	1	1
Esquizofrenia procesal catatónica	0	1	1
Esquizofrenia en fase de remisión	1	0	1
Esquizofrenia (defecto esquizofrénico)	1	2	3
Esquizofrenia incoherente	0	1	1
Esquizofrenia catatónica (catatonía periódica)	0	1	1
Esquizofrenia catatónica. Estadio final	2	1	3
Esquizofrenia paranoide. Estadio final	2	1	3
Esquizofrenia catatónica De defecto	1	0	1
Esquizofrenia paranoide. Defecto esquizofrénico	0	1	1
Esquizofrenia residual	1	0	1
Defecto postprocesual consecuente a esquizofrenia paranoide	2	0	2
Parafrenia	1	2	3
Demencia precoz	0	1	1
Total	127	133	260

Tabla 3. Diagnósticos literales incluidos en el octavo apartado de la clasificación de kraepelin.

5.1. Las “voces” de la esquizofrenia

A continuación reproducimos una serie de escritos de un paciente con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide⁵⁵⁰, cuyo contenido trasciende la vida en el Manicomio. En ellos la vivencia del internamiento o la denuncia ante el mismo no

⁵⁵⁰ Historia clínica 1384. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

aparecen como tema central, sino que son escritos que reflejan aspectos de la sociedad de la época y del contexto histórico reflejando la realidad social de la postguerra y la propia experiencia del sujeto⁵⁵¹. El paciente reconstruía su vida, situándonos en tiempo y lugar (verano de 1939 en un hotel de Chamartín en Madrid), y aportando algunos antecedentes biográficos al relatar la cita con un tío general de Intervención del ejército “muy sordo”, justificando la escasa atención prestada por su familiar.

«Manifestaciones hechas por el enfermo D. L. L. Día 01 de julio de 1944. Cuando llegué a Madrid, tenía un familiar que es general de Intervención del ejército, que veraneaba en un hotel de Chamartín, durante el verano de 1939. era un hotel magnifico, y en un día de calor de canícula espantoso, fui a dar una vuelta por el jardín metiéndome en un túnel que sirvió de refugio durante la guerra, estando allí descansando, medio adormilado, pasó una de las criadas, que era muy simpática, y me quería mucho, y me hizo una señal diciéndome que estuviese callado, llevándose un dedo a la boca, me dijo “chiss”, y yo me dije, ¡aquí hay algo!, y cogí un ladrillo y *comencé a golpear las paredes del túnel a ver si encontraba sonido de tambor que me indicase alguna entrada secreta*, pero no encontré nada anormal quedando con la duda de por qué me habría dicho aquello la doncella»⁵⁵².

El paciente expresaba sus interpretaciones (autoreferenciales) y vivencias delirantes, buscando “culpables”: Como apunta Rafael Huertas, a propósito de este tipo de pacientes, identifican “enemigos”, otras veces asumen “un papel de victima (...) para, finalmente, pasar a las amenazas, a la desconfianza, a los celos y el rencor (...)”⁵⁵³. Nuestro paciente lo hacía a través de un personaje ajeno, vivencias cuestionadas por su tío.

«Cuando volví al hotel, a las dos o tres días, (porque iba allí a mudarme de ropa) le hablé a mi tío que sospechaba que algo pasaba en el hotel. *Mi tío es muy sordo*, y además creyó que aquello era cuentos míos, y como tenía que hablarle a voces, la chica que sin duda estaba sobre aviso, salió, y me volvió a hacer señales de que siguiese callando, y yo corté la

⁵⁵¹ Desde el siglo XIX los médicos prescribían un uso clínico de la escritura para los enfermos mentales. MOLINARI (2005), pp. 379-399. Fernando Colina propone entender la escritura con fines psicopatológicos desde la perspectiva del síntoma, interpretando lo que los pacientes expresan como parte de la propia esencia de la psicosis. COLINA, F. (2007), *Locas letras (Variaciones sobre la locura de escribir)*, Frenia, 7, 25-59.

⁵⁵² Historia clínica 1384. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁵³ HUERTAS, R. (en prensa), You will have observed that I am not mad’: Emotional Writings inside the Mental Asylum. En DELGADO, E. FERNÁNDEZ, P., LABANYI, J. (Dir. y ed.), *Engaging the Emotions in Spanish Culture and History (18th Century to the Present)*, Nashville-USA, Vanderbilt University Press.

conversación. A los pocos días le tocaba salir de paseo, y yo me enteré, y la esperé y la pregunté: ¿oiga usted, victoria?, ¿Por qué me ha hecho usted esas señales?, y me dijo: *¡señorito, porque estamos muy acobardadas, y porque debajo del hotel hay alguien, pero no se lo diga usted a nadie!* Entonces yo traté de sacarles del hotel, incluso pedía dinero para hacer la mudanza, pero mi tío se negó, diciendo que aquello era una alucinación mía. Yo me quedé entonces creyendo que aquello era una *cosa de espionaje*, (circunscrito a los hoteles), para enterarse de los secretos de las conversaciones, (como mi tío era general)»⁵⁵⁴.

La escritura de este paciente esquizofrénico cuyo discurso delirante fue transcrito a máquina probablemente por un clínico del manicomio, dejó una declaración sobre los acontecimientos que le ocurrieron en Madrid durante los años de la contienda. Nos dibujan estas letras las restricciones y carencias de los años cuarenta, como fue el drama del hambre a través de la descripción de su oficio.

«Entonces yo consulté con mis compañeros de oficina y todos lo tomaron como fantasías mías. Por aquella época, se puso en los sótanos del instituto geográfico catastral, donde yo trabajaba, una especie de *economato* para el personal, y bajábamos a tomar unas cañas, o chocolate, o queso, (*porque pasábamos entonces unas hambres caninas*), el dueño se llamaba Agustín, y hablando con él de la guerra, no recuerdo si le saqué la conversación de lo que me pasó en el hotel, y vi que trascendía mi conversación con él, a otros señores, sin que el se lo hubiese comunicado, y *sospeché yo de que alguien nos oía*, y como era imposible que nos oyese del piso de arriba que eran oficinas, y de los cuartos de al lado que eran archivos topográficos, pensé que nos tenían que oír de algún sitio que hubiese abajo y efectivamente así era»⁵⁵⁵.

Según afirma Fernando Colina, los escritos de un paranoico “están amenazados por una realidad con malas intenciones de los demás hacia él, despertando la interpretación y la desconfianza del paciente”⁵⁵⁶. Por su parte, Rafael Huertas indica que “La escritura de los pacientes con delirios paranoicos tienen un encuadre emocional de protección, es una escritura irreversible, incontestable. (...) Poseen también esa lógica interna que define el delirio paranoico: sistematizado, coherente, sin deterioro psíquico y con claridad y orden de conciencia, de pensamiento y de conducta”⁵⁵⁷. Nuestro paciente prosigue, escribiendo:

⁵⁵⁴ Historia clínica 1384. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁵⁶ COLINA (2007), pp. 42-43.

⁵⁵⁷ HUERTAS (en prensa).

«Entonces creí yo que la cosa que creía circunscrita a hoteles, se extendía a oficinas del estado, y entraba ya en el casco de Madrid. Ya tenía estos dos puntos cogidos aún sin comprobación. A esto se une una tercera cosa, que estando yo en un café vino una señora muy bien relacionada con la aristocracia, y la conté yo esto, pensando que ella podría asesorarme, y ella con esa sonrisa característica de persona que se conoce todo me dijo: ¡Pues no sabe usted lo más gordo! ¿Qué es? - le pregunté. ¡Pues que debajo de Madrid hay una ciudad subterránea, que tiene su principal centro debajo de la calle Sevilla y de la del Pozo, en las cuales no es que sean túneles, sino que hay galerías, con todo lo que usted quiera, bares, laboratorios con pozos de oro, en fin una cosa de esas de leyenda! Y me dijo la señora- Lea usted la obra de Fernando Ledowsky, “Hombres, bestias y dioses”, y se podrá dar usted una cuenta de lo que es esta ciudad⁵⁵⁸.

Y ahora viene como punto final definitivo, el que una chica ya me confirmó todo esto; y un día pautó, la Dirección General de la Deuda y Clases Pasivas, instalada en la Cibeles, que era antes palacio del duque de Linares, en el que en sus cimientos se podría ya coger parte de la ruta de esta ciudad, parece que este palacio estuvo en comunicación- me supongo yo- con esta ciudad subterránea, ya sabe usted que está cerrado a piedra y lodo, por haber pasado unas orgías tremendas la aristocracia en épocas de monarquía, las cuales me figuro que serían con señoritas de clase alta, y eran entonces con la monarquía para esclavizar la aristocracia, por el lujo y por las bacanales, y según entresaco yo de oírlo por ahí, el enlace con la aristocracia es el siguiente: la aristocracia unida a las doncellas, u a los chóferes o criados de la casa, y gozadas por ellos mismo (...)⁵⁵⁹».

En su relato describe una serie de interpretaciones delirantes de índole sexual, que permiten explicar cómo pueden ser engañados los hombres y perder su voluntad, siendo, luego, fruto del chantaje.

«Hubo un producto químico antiquísimo que es el fósforo líquido, y es la excitación de los órganos sexuales del hombre y de la mujer de una manera bárbara, puesto que el desarrollo del miembro en el hombre, y el picazón y el recalentamiento en la mujer es tan tremendo que hace perder la razón, (y a mí me lo han dado se lo digo a usted por desgraciadamente haberlo pasado) y viene una enervación tan bárbara sexual que hombre y mujer que ponen juntos caen, con todas las agravantes del vicio, y claro este es el medio de conquistar a esas personas de honorabilidad intachable, de hacerles presas de todas esas fotografías pornográficas que así son facilísimas de hacer, y que se entregan de la forma que quieran y cualquiera sea el que se lo pida⁵⁶⁰.

⁵⁵⁸ Ferdinand Ossendowski es el autor del libro titulado *Bestias, hombres y Dioses*, un testimonio sobre su huida de los bolcheviques de Siberia en los años 1920-1921, y un itinerario a través de Mongolia, Tíbet y China. Describe cómo en su huida durante la guerra civil rusa a través de Asia central, tuvo noticia del reino subterráneo constituido por numerosas galerías subterráneas extendidas por toda Asia. OSSENDOWSKI, F. (1922), *Beasts, Men and Gods*, New York, E. P. Dutton & Company.

⁵⁵⁹ Historia clínica 1384. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁶⁰ *Ibidem*.

El escrito terminaba con una alusión a un tema nuclear durante la posguerra, la masonería, organización prohibida y perseguida al finalizar el periodo bélico⁵⁶¹.

«Yo le podría hablar de otras cosas de muchísimo interés, del estudio masónico para hacer de la voluntad de la persona que es la base de una calma, observando la psicología del individuo, sus vicios, sus pasiones, o sus deseos, o sus caprichos, o sus deseos. *Ciencia profundísima, iglesia desde luego, que se ha hecho la dueña del mundo, porque no hay persona que no se halle enlazada a ella.*

Hay varias clases de masonería, está la masonería superficial en la que se apoya la ambición del individuo, y viendo conseguidos sus deseos se adhiere a la persona que le ha facilitado la cumbre de sus aspiraciones. Luego hay la masonería del que el hombre que por libre albedrío suyo quiere elegir un camino en la vida, y se aparta de los que le ponen los demás, y entonces recurre al lazo de la esclavitud bien por matrimonio, bien por queridas, bien por enfermedad, bien por fotografías pornográficas (como habíamos hablado) o bien por hipnotismo o terror en la que el individuo sigue las ordenes que le mandan, bien simbólicas (de tener miedo a una señal, unas tijeras, un cristal roto).

En la masonería hay muchos grados, en los aprendices está la inmensa esclavitud del mundo, que son generalmente los que ellos llaman Durmientes, porque son voluntades tan enormes que no las pueden vencer, y tienen un espíritu temperamental delicado, es una enfermedad- esto sí que es psiquiatría- y estos aprendices están dirigidos por el mundo de los Maestres, que son las doncellas, e infinidad en todos los ramos, que son los encargados de dirigir y construir un nuevo hombre con la voluntad de ellos.

*Yo sé esto por que llevo diez años luchando contra esto, y he estado tres dormido y lo conozco por experiencia propia»*⁵⁶².

6. LA PARANOIA Y EL ABANDONO DE LA PSIQUIATRÍA FRANCESA

A finales del siglo XIX, la psiquiatría francesa había centrado su atención en la descripción y la clasificación de los delirios y sus fases evolutivas, contribuyendo a ello, las descripciones de Jean-Pierre Falret (1794-1870), el delirio de persecución definido por su discípulo Charles E. Lasègue (1816-1883), y los delirios crónicos de evolución

⁵⁶¹ En marzo de 1940 se publicaba una ley para perseguir y condenar a los comunistas y masones. La Ley de 1 de marzo de 1940 sobre la *Represión Masonería y Comunismo* se publicó en el *Boletín Oficial del Estado*, 2 de marzo de 1940, 62, pp. 1537-1539. Sobre la masonería y esta ley, en particular, se puede consultar: FERRER BENIMELI J. A., (1980), *Masonería española contemporánea*, Madrid, Siglo veintiuno de España editores, Vol. 2, pp. 140-180.

⁵⁶² Historia clínica 1384. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Varón de 42 años de edad, soltero y empleado del Estado, que ingresa el 21 de octubre de 1943, siendo pensionista de primera clase, y es dado de alta el 17 de mayo de 1949 por caducar el periodo de licencia.

de evolución sistemática de Valentin Magnan (1835-1916)⁵⁶³. Sin embargo, los autores posteriores cuestionaron estas agrupaciones temáticas o evolutivas y comenzó una etapa donde los alienistas franceses describieron los delirios basándose en la sintomatología como Paul Sérieux (1864-1947) y Joseph Capgras (1873-1959) quienes definieron en 1909, el delirio de interpretación⁵⁶⁴.

El término "paranoia", pilar de la nosografía francesa en la segunda mitad del XIX, iba a ser casi anulado por la psiquiatría germánica con las clasificaciones sucesivas de Kraepelin⁵⁶⁵. En la sexta edición de su tratado en 1899, englobó casi la totalidad de la paranoia (incluyendo al delirio de evolución sistemática de Magnan) dentro de la demencia precoz, en su subtipo paranoide. Sin embargo, dado que la mayoría de los paranoicos no presentaban una evolución hacia el debilitamiento mental como la demencia precoz, pronto se produjeron numerosas críticas por parte de los alienistas franceses. Por ello, en su octava edición, Kraepelin recogió algunas de esas críticas, y dividió la entidad: la demencia precoz propia mente, y un nuevo apartado para las parafrenias, donde pretendió incluir a los delirios crónicos que no pertenecieran a la demencia, ni a la paranoia (también en esta edición como capítulo aparte). Por otra parte, dentro de las parafrenias sistemáticas incluía el delirio crónico de evolución sistemática⁵⁶⁶.

A pesar de que las variantes delirantes de la clínica francesa llegaron al Manicomio de Leganés de forma lenta en las primeras décadas del siglo XX⁵⁶⁷, en las historias clínicas de los años veinte, el diagnóstico de paranoia ocupó el 8,9% de los

⁵⁶³ HUERTAS (2004), pp.134-137. Valentin Magnan, al definir el delirio crónico de evolución sistemática utilizó un criterio evolutivo que sustituyó el criterio temático con el que Lasègue había definido el delirio de persecución en 1852. Sobre el tema se puede consultar ÁLVAREZ, J. M., ESTEBAN, R., SAUVAGNAT, F. (2004), *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Editorial Síntesis, pp. 80-81.

⁵⁶⁴ POSTEL, QUÉTEL (1987), p. 341. Estas categorías diagnósticas se construyeron en el llamado "segundo clasicismo", tal como se recoge en COLINA, F., ÁLVAREZ, J. M. (1994), *El delirio en la clínica francesa*. Madrid, Dorsa, p. 37.

⁵⁶⁵ Sobre la evolución de la paranoia se puede profundiza en: ÁLVAREZ, J. M. (1997a), ¿Qué fue de la paranoia? En V.V.A.A., *La Salud Mental en los noventa. Clínica, prácticas, organización*, Valladolid, Asociación Castellano-Leonesa de salud mental, pp. 43-79; ÁLVAREZ, J. M. (1997b), De nuevo la paranoia. En ÁLVAREZ, J. M., COLINA, F. (eds), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dorsa, pp.37-80; ÁLVAREZ, J. M. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Editorial Gredos, SA, pp. 117-234; Ver también: COLINA, ÁLVAREZ (1994), pp. 25-42; HUERTAS (2004), pp. 123-133.

⁵⁶⁶ GARRABÉ (1996), pp. 43-52.

⁵⁶⁷ MOLLEJO, E. (2001), *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*, Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina, pp. 432-437.

diagnósticos⁵⁶⁸. Durante los años de la guerra ingresaron seis pacientes⁵⁶⁹, y en la posguerra la paranoia estuvo en el 2% de los ingresos.

Durante la posguerra, tan sólo 12 pacientes fueron diagnosticados dentro del grupo de paranoia, de los cuales uno presentaba un delirio de celos, otro un delirio de interpretación y, otro un delirio de persecución. La incidencia fue mayor en mujeres solteras y ninguna recibió tratamiento durante su estancia⁵⁷⁰.

El primero de los casos con delirio paranoico fue el de un varón que ingresó el 28 de enero de 1943 con “un delirio de interpretación en constitución mental paranoide”, delirio descrito, como ya se ha indicado, en 1909 por Paul Sérieux y Joseph Capgras. Este tipo de entidad se caracterizaba por delirios múltiples, organizados con ausencia de alucinaciones y conservando la capacidad intelectual normal, cuyo curso era crónico e incurable sin deterioro terminal⁵⁷¹. El citado varón fue dado de alta tan sólo unos meses después⁵⁷², y del cual transcribimos una exploración que refleja la psicopatología del delirio, las interpretaciones delirantes exógenas de tipo delirante persecutorio y megalomaniaco, temática que con mayor frecuencia se repetía en estos cuadros:

«(Sin fecha): Exploración. No tiene conciencia de enfermedad. Su actitud en general es ordenada. Orientación buena en tiempo y espacio. Su estado de ánimo es variable con accesos coléricos. Inteligencia buena. Actividad motora inquieta. Conducta impulsiva. *Ideas delirantes de persecución con fondo de grandeza*. Se muestra *receloso*, fondo de orgullo, muy detallista en sus referencias no sabe atribuir porque estuvo internado en Valladolid y por qué lo está aquí. Al insistir en este punto hace referencia si su presencia en su pueblo al terminarse la fuerza de liberación y ver la situación de las personas en el pueblo, no quiso continuar tolerando lo que veía y dado su carácter derechista intervino, con mayor interés en los asuntos de carácter religiosos, llegando a denunciar al obispado, a los sacerdotes por

⁵⁶⁸ CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 215.

⁵⁶⁹ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 217.

⁵⁷⁰ El hecho de que la mayoría fuesen mujeres, se relaciona con el delirio erótico de referencia de las solteras de Kretschmer o en la erotomanía definida por Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). En: KRETSCHMER, E. (2000) [1918], *El delirio sensitivo de referencia*, Madrid, Triacastela, pp. 89-143.

⁵⁷¹ Puede consultarse el texto reeditado traducido de *Les folies raissonantes* (1909) editada por ÁLVAREZ, J. M., COLINA, F., ESTEBAN, R. (2007), *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación de Paul Sérieux y Joseph Capgras*, Madrid, Biblioteca del Pisuerga, Ergon. También: SERIEUX, P., CAPGRAS, J. (1909), (2008), *El delirio de interpretación*, Traducido por Ramón Esteban Arnáiz, *Revista de la AEN*, 101, 93-108. Así como el extracto del texto reproducido en el Volumen IX de la revista *Frenia*. Según Berrios esta descripción del delirio de interpretación podía ser una “temprana descripción de los trastornos mentales actuales”, BERRIOS (2008), p. 158.

⁵⁷² Historia clínica 1350. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Al paciente (casado y padre de ocho hijos) se le dio de alta de la institución el 31 de julio del mismo año por no regresar tras permiso de licencia de tres meses. El diagnóstico no se modificó durante su ingreso.

su falta de interés (en esta actitud suya ya empieza a aclararse que *es objeto de persecución por parte de los sacerdotes*). Sospecha que la situación en la que se encuentra es debido a ellos y su reclusión en el Manicomio de Valladolid puede deberse a su situación.

Quiere evitar disgustos en sus hijas y en estos momentos espera la intervención de ellas para salir del Establecimiento, pues seguramente ellas mostrarán la verdad de todo. En el curso de la conversación se resalta como reivindicativo de sus ideas y del espíritu de justicia que lo anima»⁵⁷³.

En los años siguientes se diagnosticó en Leganés un delirio de celos en un varón que ingresó el 16 de enero de 1944⁵⁷⁴. Esta patología estaba incluida en los delirios, definidos por Clérambault, como psicosis pasionales (erotomanía, reivindicación y de celos)⁵⁷⁵:

«(7 de octubre de 1944). Nos cuenta que su mujer le ha sido infiel. “ella misma me lo ha dicho”. Cree que su mujer tuvo relaciones con el párroco del pueblo. Dice que el cura llamaba a solas a su mujer. Iban a misa su mujer y una tía de ésta. Llegaba tarde y luego se quedaba allí más de una hora. Al final de la misa su mujer se encerraba en la sacristía con el cura. Esperaba todos incluso a un hijo del probante y de ella que era monaguillo. “incluso pegaron a este muchacho porque me había contado todas las cosas”. Un día dice que pidió explicaciones a la mujer. “ella me confesó que había tenido relaciones íntimas con ese sin vergüenza y que lo había hecho en Lérida”. “Cuando lo supe, no sé lo que me pasó. No le llegué a pegar porque se lo había prometido antes”.

No admite ni por un instante la naturaleza patológica de sus ideas de celos. Asegura que si obligasen a su mujer esta confesaría la verdad. Nos explica que fue alcalde del pueblo 5 años desde el año 1924 hasta el final de la dictadura. Dice que gobernó el pueblo de un modo ejemplar y que podemos informarnos acerca de una serie de autoridades sobre la veracidad de todo ello.

Aparte de sus ideas de celos no parece existir ningún otro síntoma. No existe otro tipo de ideas delirantes, ni tampoco pseudopercepciones de ningún género. Pensamiento normal. Personalidad intacta.

Insiste en que el no ha bebido en exceso antes de los conflictos con su mujer. En esta época bebió para olvidarse de todo.

Nos explica que se separó de su mujer en 1935. Estuvo trabajando en la sección Agronómica de Lérida. Al estallar la guerra se pasó a la zona nacional. El día 3 de abril al liberarse Alcámpel (pueblo donde estaba su mujer) fue al pueblo donde su mujer le recibió con los brazos abiertos. Trataron de reconciliarse. Desde entonces convivió con su mujer. Pero nos dice que él no podía olvidar jamás lo que había hecho su mujer (...).

⁵⁷³ Historia clínica 1350. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁷⁴ COLINA, ÁLVAREZ (1994), pp. 263-265. Jaspers realizó una descripción sobre el delirio de celos en 1910 analizando si se trataba de un desarrollo de la personalidad o bien de una enfermedad. En: BERRIOS (2008), p. 161.

⁵⁷⁵ Historia clínica 1400. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

(31 de octubre de 1944) (Datos proporcionados por la hermana) En el año 1931 tuvo su esposa un parto gemelar. A raíz de este suceso empezó a decir que una gemela era hija suya y la otra no. La mujer del enfermo era muy religiosa y pasaba mucho tiempo en la iglesia. Quizás esto le indujo a pensar al enfermo que su mujer le engañaba con el cura.

(17 de abril de 1945) El enfermo sigue plenamente convencido de sus ideas delirantes. No se pone de manifiesto otros síntomas en el enfermo que sus ideas de celos.

(02 de junio de 1945) El enfermo va a ser dado de alta hoy en virtud de una solicitud dirigida por sus familiares al Director general. La personalidad perfectamente conservada, intacta. Ordenado. Correcto. Exclusivamente quedan sus ideas de celos. Estas son inamovibles. Parece sin embargo que ha perdido fuerza»⁵⁷⁶.

En abril de 1945 ingresó un caso de “delirio de persecución”⁵⁷⁷, cuadro descrito por Ernest Charles Lasègue (1816-1883)⁵⁷⁸, en 1852. Este diagnóstico más frecuente en las primeras décadas del siglo en los pacientes de Leganés fue desapareciendo a partir de la cuarta década⁵⁷⁹. A continuación mostramos parte de la historia clínica del paciente ingresado en 1945, donde se aprecia cómo se sentía acosado o perseguido. Este tipo de cuadro clínico había sido descrito en personas beligerantes con tendencia a presentar acciones legales por maltratos de carácter delirante:

«(01 de mayo de 1945) Explica que ya hace tiempo que andan tras de traerla aquí. “Toda la culpa la tiene mi esposo, hace esto para quitarme de en medio, me ha tratado mal de palabras y de obras”. Dice que todo lo que le sucede malo es por culpa del marido. Le acusa de haber traído amantes a la casa, la advirtieron de ello las vecinas. El culpable de que hayan muerto dos hijas, mandó darles algún veneno para asesinarlas, “luego él dijo que estaban enfermas del pecho y que habían muerto de herencia”. Nos dice ahora que la hija antes de morir declaró que el padre había intentado violarla, “por eso la pobrecita se negó a comer y se murió”. Nos cuenta como supo que el padre había querido violar a la hija. Dice que cuando estaba enferma, el padre quiso pedirle perdón “a mi esto me extrañó mucho, porque tenía que pedirle perdón”, “la niña me dijo que estuvo a punto de conseguirlo la tercera vez, no lo logró porque se había envuelto en una sábana”, “al día siguiente por la mañana murió la niña, mejor dicho la hicieron morir con una inyección”. Al preguntarla porqué el marido quiso matar a su hijo, contesta que para quitarse testigos de en medio.

⁵⁷⁶ Historia clínica 1400. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁷⁷ Historia clínica 1461. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁷⁸ Originalmente el delirio de persecución se definió en: LASÈGUE, C. E. (1852), *Du délire de persecutions*, *Archives Général Medecine*, 28, 129-150. Se puede consultar en COLINA, ÁLVAREZ (1994), pp. 49-71.

⁵⁷⁹ A partir de los años veinte entra en franco declive, de modo que, a partir de 1931, en el Manicomio de Santa Isabel aparece tan sólo un “delirio de persecución” en un ingresado ese mismo año y diagnosticado también de demencia senil. MOLLEJO (2001), pp. 432-437.

La enferma está lúcida. Mentalmente a pesar de la edad, muy bien conservada. No existen alteraciones formales del pensamiento. *Se acusa un delirio bien sistematizado contra el marido. No parecen existir alucinaciones.*

(23 de marzo de 1946) Se presenta en el despacho pidiéndonos el alta. Acusa de todos sus males a su marido. Dice que el marido se levó a la hija mayor. Ella cree en efecto que el padre y la hija se entienden, “como no pudo con la otra pues lo habrá intentado con ésta”. “No me dejan vivir en ningún sitio, por eso me han traído aquí porque no me dejan vivir en ninguna casa”. Nos presenta un extenso escrito que contiene todas las acusaciones contra el marido»⁵⁸⁰.

7. DE LA LOCURA CIRCULAR A LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA

La psicosis maniaco depresiva, término acuñado por Kraepelin en 1899 en la sexta edición de su *Tratado*⁵⁸¹, convivió durante un tiempo con entidades procedentes de la nosología francesa, como la “locura de doble forma” de Baillarger (1809-1890)⁵⁸² o la “locura circular” de Falret (1794-1870)⁵⁸³. En algunos casos, incluso la terminología más antigua apareció en las historias clínicas del Manicomio de Leganés posteriormente a la más nueva, como el caso de una mujer diagnosticada de locura circular por Mendiguchía Carriche en julio de 1942, cuando un mes antes, el 3 de junio el mismo médico había diagnosticado una psicosis maniaco-depresiva⁵⁸⁴. En otro caso, la locura circular fue sustituida por el término kraepeliniano de psicosis maniaco-depresiva, si bien desconocemos la fecha de este cambio⁵⁸⁵. Incluso, a primeros de los años cincuenta, encontramos una “locura circular de doble forma”, conjugando los dos términos utilizados por el alienismo francés. En la historia clínica de la mujer internada el 9 de julio de 1951 se cambió su diagnóstico por el de manía, pero tampoco conocemos en qué momento⁵⁸⁶.

No es posible relacionar las tendencias diagnósticas de los médicos que ejercieron en Leganés, aunque si podemos afirmar que la formación germánica de Manuel Peraita explicaba que, en sus historias, este tipo de cuadro psicopatológico

⁵⁸⁰ Historia clínica 1461. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁸¹ POSTEL, QUÉTEL (1987), pp. 351-2.

⁵⁸² BAILLARGER, J. (1854) (1995), Locura de doble forma (traducción de José M. Álvarez), *Revista de la AEN*, 15 (55), 671-680.

⁵⁸³ Jean Pierre Falret en 1854 describió la locura circular o recurrente (*folie circulaire*) como una evolución sucesiva del estado maniaco, el melancólico y un intervalo lúcido. Ese mismo año Baillarger describió la locura de doble forma. En: POSTEL, QUÉTEL (1987), p. 350.

⁵⁸⁴ Historia clínica 1322 y 1330. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁸⁵ Historia clínica 1220. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Corresponde a una mujer que ingreso el 2 de junio de 1940.

⁵⁸⁶ Historia clínica 1719. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

siempre se denominara psicosis maniaco depresiva. Varios años antes de que Peraita llegase al Manicomio Nacional, ya había publicado junto a José Miguel Sacristán, un trabajo sobre el metabolismo del bromo en el cual detectaban una disminución de los niveles de bromo sanguíneo en pacientes con psicosis maniaco depresiva⁵⁸⁷. En dicha publicación revisaron 13 casos de psicosis maniaco depresivas en los cuales el nivel del metal en sangre disminuía, tanto en las fases maniacas como depresivas, alcanzando niveles normales cuando el cuadro psicopatológico mejoraba.

En el manicomio ingresaron, en el periodo de nuestro estudio, un 10% de psicosis maniaco depresivas (65 pacientes), porcentaje similar al de años previos⁵⁸⁸, excepto entre 1931-1936, período en el que descendió por debajo del 10%⁵⁸⁹. De los 65 casos, 83% eran mujeres, en su mayoría estaban casadas y dedicadas a las labores del hogar. Como hemos comentado anteriormente, al estudiar las categorías diagnósticas distribuidas por sexo es muy llamativa la diferencia en el caso de las psicosis maniaco depresivas en las que el 83% son mujeres, frente al de esquizofrenia, donde no se aprecian diferencias entre sexos⁵⁹⁰.

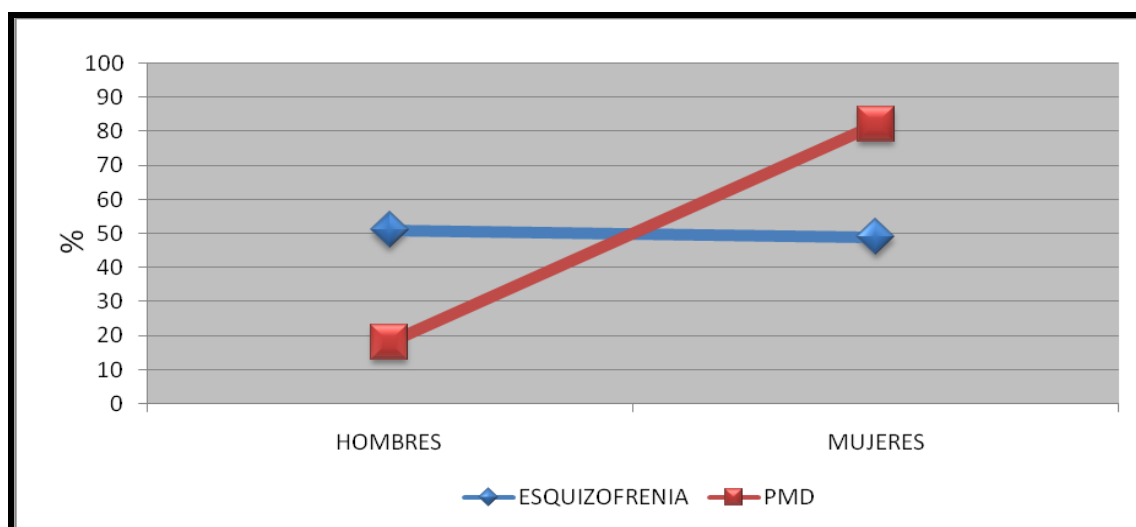


Figura 7. Porcentaje de esquizofrenia (grupo VIII) y psicosis maniaco depresiva (grupo IX) distribuidas por sexo en los pacientes que ingresan en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

⁵⁸⁷ SACRISTÁN, J. M., PERAITA, M. (1933), El metabolismo del bromo en la psicosis maniaco depresiva, *Archivos de Neurobiología*, 13 (1), 1-5.

⁵⁸⁸ CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 214.

⁵⁸⁹ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), pp. 84-85; CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 214.

⁵⁹⁰ También en épocas anteriores el porcentaje de mujeres con psicosis maniaco depresiva superaba al de varones (el 73% de las psicosis maniaco depresivas o locuras circulares en los años veinte, eran mujeres). CANDELA, VILLASANTE (2011), p. 214

Entre los diagnósticos literales de psicosis maniaco depresiva, los más frecuentes fueron las *psicosis maniaco depresiva en fases depresivas* seguido de diferentes variedades de *melancolía* (melancolía angustiosa, melancolía de involución, ciclo melancólico o melancolía cicloide en tres pacientes, síndrome melancólico, melancolía rígida, melancolía en remisión y melancolía regresiva). Además, añadimos los ya comentados, casos de locura circular (locura circular y locura circular de doble forma), un caso de ciclotimia, otro de ciclofrenia y uno de distimia depresiva.

El diagnóstico de ciclofrenia fue asignado por Mendiguchía Carriche a un varón soltero de 35 años que entró en el departamento de pobres en 1942, desde el Manicomio de Plasencia, y que falleció de una tuberculosis pulmonar⁵⁹¹. El caso de ciclotimia, término descrito por Kretschmer caracterizado por la tendencia a cambios periódicos de humor y sentimientos (el tipo físico correspondiente es el pícnico)⁵⁹², fue el de un varón de 65 años casado, que entró en agosto de 1943 como pensionista de primera, diagnosticado también por Mendiguchía Carriche y que falleció tan solo dos meses después⁵⁹³.

El único diagnóstico de distimia depresiva correspondía a una mujer de 63 años soltera, que ingresó en abril de 1947, siendo clasificada por Manuel Peraita y atendida también por Aurelio Mendiguchia Carriche y Ángel Fernández-Sanz; la paciente falleció en el establecimiento años después⁵⁹⁴. El término distimia había sido utilizado por Kahlbaum, al incluir en su clasificación de las enfermedades mentales un apartado sobre el trastorno de las emociones, en el que diferenciaba la distimia con afecto triste de la distimia con afecto exaltado⁵⁹⁵.

El 74% de los pacientes del grupo IX recibieron tratamiento, y a los restantes se les administró farmacoterapia. El motivo de alta en muchos de estos pacientes no constaba, aunque siete de ellos la recibieron por remisión de los síntomas y, otros diecinueve, fallecieron durante su estancia en el manicomio.

A continuación exponemos un fragmento de un evolutivo de la historia clínica de la citada paciente, diagnosticada de “locura circular”⁵⁹⁶, donde se describía su actitud, alteraciones de la atención, lenguaje y pensamiento así como delirios de

⁵⁹¹ Historia clínica 1327. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁹² KRETSCHMER (1954), p. 201.

⁵⁹³ Historia clínica 1372. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁹⁴ Historia clínica 1555. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁵⁹⁵ Kahlbaum atribuyó el término distimia a Friedrich Flemming. Se puede consultar BERRIOS (2008), p. 394.

⁵⁹⁶ Historia clínica 1330. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

grandeza y megalomanía. En esta exploración psicopatológica se pone de manifiesto como determinados comportamientos o actitudes de la mujer, “Provocativa, altanera e insolente...” eran considerados anormales. El sesgo de género en la Medicina y concretamente en psiquiatría ha sido estudiado en las historias de instituciones españolas como el Hospital Psiquiátrico Provincial de Málaga⁵⁹⁷. Esta cuestión ha sido también apreciada en las historias clínicas de Leganés por Vázquez de La Torre⁵⁹⁸.

«(10 de julio de 1942) Exploración. *Provocativa, altanera e insolente*. Continente orgulloso, en ocasiones amenazador. Tono de voz altisonante, dejándose escuchar, imperativo. Frases condicionadas a su estado delirante. Asociaciones incoherentes sin ilación lógica ni seguir el curso de un pensamiento. Atención débil y muy movible. Aceleración del curso del pensamiento, imaginación muy pobre. *Ideas de persecución, algunas de grandeza*. Incontinencia emotiva, irritabilidad. Personalidad hipertímica excitable»⁵⁹⁹.

7.1. Psicosis maniaco depresiva y creatividad

Las pinturas de enfermos mentales han sido un instrumento de apoyo en el diagnóstico para la psiquiatría, una actividad ocupacional y, más recientemente, un modo de terapéutica⁶⁰⁰. Aunque en el siglo XIX ya se habían efectuado numerosos intentos para establecer correlaciones entre características del estilo artístico de la pintura de los pacientes y los diferentes tipos de locura⁶⁰¹, gran parte de los autores

⁵⁹⁷ Sobre la patologización de la feminidad en la medicina y concretamente en la psiquiatría se puede consultar: NUÑEZ RONCHI, C. L. (2003), Histeria de conversión y feminismo: ideología vs. utopía. En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (editores), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 751-757; BOLUFER, M. (2007), Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (Coordinadores), *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 635-645; CASTILLO, SIERRA (coord.), (2005), pp. 379-399 y 421-447. En GARCÍA DÍAZ, JIMÉNEZ LUCENA (2010), p. 143, se estudian las historias clínicas de la primera mitad del siglo XX de internas del Psiquiátrico Provincial de Málaga.

⁵⁹⁸ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 218.

⁵⁹⁹ Historia clínica 1330. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁰⁰ Sobre utilización del arte como terapia en España durante el siglo XX se puede leer la tesis doctoral de Ana Hernández Merino, HERNÁNDEZ MERINO, A. (2000), *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España. (1917-1986)*, Tesis doctoral, Universidad politécnica de Valencia.

⁶⁰¹ Jose Luís Peset nos recuerda como Cesare Lombroso establecía frecuentes lazos entre peligrosidad y genialidad, admitiendo rasgos de genialidad en enfermos mentales. Estas ideas se plasma de forma evidente en *Genio e follia* (1864) de Lombroso. En PESET, J. L. (2001), Genio y degeneración en Gina Lombroso, *Frenia*, 1 (1), 121-128, p. 126. Sobre Cesare Lombroso se puede consultar: PESET, J.L., PESET, M. (1975), *Lombroso y la escuela positivista italiana*, Madrid, CSIC; PESET, J. L. (1999), *Genio y desorden*, Valladolid, Cuatro Ediciones.

consideran que las aportaciones del psiquiatra e historiador del arte Hans Prinzhorn son pioneras en el arte de los enfermos mentales⁶⁰².

Si bien no hemos hallado pinturas, en sentido estricto, si hay constancia de escritos y dibujos de un paciente diagnosticado de psicosis maniaco-depresiva en fase maniaca en el momento del ingreso⁶⁰³. Este paciente fue un varón casado de 58 años que entró en el establecimiento el 13 de diciembre de 1944, y falleció en la institución en abril de 1966. Estaba en el departamento de pensionistas de primera clase, su profesión era ingeniero y él se autodefinía como "inventor".

En varios de sus dibujos el paciente diseñaba una serie de mapas de España, y en ellos intuimos el esbozo de redes de comunicaciones ferroviarias que atravesaban la península y canales a las islas Baleares. Comunicaciones entre las distintas regiones de España que fueron interrumpidas durante la contienda bélica y dificultadas en la postguerra, reflejando así el contexto de posguerra, durante el que existieron grandes dificultades para las comunicaciones y abastecimiento de materias. Además, en el documento transcrito, el paciente presentaba un proyecto de una comisión para la paz (anexo 12).

«(Sin fecha). Primer proyecto. Invento de una canoa con diez motores y veinte caballos para ir a donde se encuentra la Paloma de la Paz de todo en Mundo y la más Felicidad deseo su vondad por su bien y honor en traer felicidad por un delegado. Segundo proyecto y invento de un bonito coche de veinte caballos con diez motores para ir a buscar la bonita Paloma de la Paz y preparación en ser el trayecto tierra, aire y mar. Confianza en mi persona.

A mis hijos y mi familia, 1945. Feliz año 1945. Dirigido a el excelentísimo y generalísimo Mar, Tierra y Aire. Sr. D. Francisco Franco todo por la gracia de Dios. Con mi amavilidad (sic) le invito a su Excelentísimo y el gobierno en pleno y su jerarquía y demás autoridades de su Criterio Senadores y Diputados sin olvidar su vellísima (sic) Sra. Esposa y su gentileza Señorita Hija Carmen con la conformación de mi familia en el Hotel de su Excelentísima confianza en primero del año Santo de Dios.

J.C. G. Archiduque del Puerto de Santa Cruz de Puesto de la Selva. Provincia de Gerona todo por Dios por la Patria "Viva Franco", "Viva la España grande y libre", "Viva Cristo Rey", "Viva los embajadores de todos

⁶⁰² En 1922, Prinzhorn reunió más de 5.000 obras de pacientes en la colección del Hospital Psiquiátrico de Heidelberg. Ese mismo año, publicó su texto *Bildneri der Geisteskranken* ("Introducción a la producción de imágenes de enfermos mentales"), donde intentaba analizar la producción artística de los enfermos psiquiátricos con objetivos diagnósticos. DE LA GÁNDARA MARTÍN, J. J. (2008), Psico-Neuro-Biología de la creatividad Artística, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (1), 26-46, p. 31. GUIMÓN, J. (2008), Terapia por el Arte, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (1), 9-25. Estos artículos forman parte de un interesante monográfico de la revista *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria* donde Oscar Martínez Azumendi compila una serie de trabajos bajo el título Arte y psiquiatría.

⁶⁰³ Historia clínica 1448. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

los Gobiernos Extranjeros”, confianza en mis sentimientos de buen Español Catalán. Trabajar por la Paz. Excelentísimo Sr. D. F. Franco todo por la Paz esta buena Felicitación en invitación de mi inteligencia y sentimiento. Saludos»⁶⁰⁴.

El siguiente documento se trataba de una correspondencia dirigida al alcalde de Leganés Antonio Martín Vegué que, en esa fecha, era además facultativo del establecimiento. Este escrito nos permite pensar en la relaciones del manicomio con el pueblo de Leganés. De algún modo este paciente intenta hacer resplandecer al pueblo de Leganés organizando unas fiestas. En la carta solicitaba la aprobación del regidor para organizar estas fiestas en el pueblo, a las que en ocasiones, los pacientes salían acompañados de vigilantes, como hemos reproducido anteriormente⁶⁰⁵.

Como se ha señalado, son pocos los escritos que se conservan en el manicomio en estos años. Entre las causas expuestas, el probable alto grado de analfabetismo entre los muros de la institución -que continuaba siendo una terrible realidad social de la España de aquellos años-, a lo que se suma el carácter de beneficencia del establecimiento. Observamos por tanto que los pacientes que escribieron estaban ingresados casi exclusivamente en la categoría de pensionado y eran de un nivel socio-cultural más alto. De hecho en el texto se percibe, como en otros pensionistas ingresados, un nivel cultural considerable.

«(27 de julio de 1945). El Excelentísimo Alcalde de Leganés Sr. D. Antonio Martín y el Ayuntamiento en Pleno y sus vecinos. Hago saber que mi deseo es en preparar unos días de fiesta Mayor del día 14-15-16-17-18-19-20 si ustedes; lo acuerdan con una orquesta con 12 unidades de la policía de Gerona Catalanes todos a mi criterio y amigos todos con la buena unión de Castilla y Cataluña. La fiesta de estos días será en la Villa de Leganés deseando la conformidad de todos ustedes; y contestación pronto. Espero de

⁶⁰⁴ *Ibidem*.

⁶⁰⁵ En el capítulo I ya habíamos reproducido este texto: «En la noche del 15 al 16 de los corrientes con motivo de las fiestas locales se permitió la salida de varios pacientes bajo la custodia del vigilante de la noche Santos Pérez, recibió instrucciones claras y terminantes del celador pero al regreso volvieron dos de los enfermos embriagados y con contusiones a consecuencia de una riña habida en la localidad, se deduce que dicho vigilante ha desobedecido las órdenes recibidas había abandonado al servicio que le fue encomendado el referido vigilante, por lo demás el individuo al que en diversas ocasiones se ha amonestado de palabra por hallársele dormido en su correspondiente turno no siendo posible lograr, a pesar de esta medida, la misión que le corresponde. Lo que pongo a su superior conocimiento para que tomen las medidas que considera oportunas. Leganés, el 18 de agosto de 1948. Del médico de guardia Enrique Cores al Jefe Facultativo del manicomio» y el mismo texto «Del Jefe Facultativo a Sor Carmen Segura, administradora depositaria del Manicomio de Leganés». *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

vuestro Excelentísimo Sr. D. Antonio Martín Alcalde y Médico de mi salud al Manicomio Santa Isabel»⁶⁰⁶.

En este otro documento observamos que el paciente pareció preocuparse por la economía del manicomio, pues pretendía organizar una lotería en el manicomio y destinar parte de las ganancias al mismo, quizás para paliar los apuros económicos de la institución en esa época. Todos estos proyectos nos remiten desde luego, a la situación de escasez económica de España en esos años y en concreto en los establecimientos de la beneficencia pública.

«Lista de la lotería para el día 4-1-45. El 30% para la felicidad y apoyo a la Casa de Santa Isabel de Leganés. Madrid, 2-1-45. Nombre: Josef, Apellidos: C. G., Pesetas: 500, Céntimos: 00»⁶⁰⁷.

Por último reproducimos un pequeño texto en el cual el paciente, demanda ser escuchado y atendido, tanto en sus proyectos y como en sus denuncias, como una persona, más allá de su enfermedad.

«(Sin fecha). (Dibujo donde escribe: camarotes de lujo para la comisiones por la Paz) *En tener confianza confianza en mis letras* y mi criterio de Inventor y Capital a Hacienda de primero de este año de 365 mil millones de trillones, entre España y el Extranjero en oro y plata y propiedades de la Naturaleza junto a Minas oro, plata y aguas minerales y crédito en muchos negociantes»⁶⁰⁸.

8. LA ESCASA INCIDENCIA DE LA PATOLOGÍA DE GUERRA EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS

En España hasta la Guerra Civil la literatura sobre la psicopatología de guerra había sido bastante escasa⁶⁰⁹. Sin embargo, el estallido de la contienda hizo surgir publicaciones y debates sobre dicha patología que se mantuvieron, al menos, durante los

⁶⁰⁶ Historia clínica 1448. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁰⁷ Ibidem.

⁶⁰⁸ Ibidem.

⁶⁰⁹ Olga Villasante recuerda la escasez de trabajos publicados sobre la psicopatología bélica en España, en contraposición con la multitud de textos que se generaron en Europa tras la primera guerra mundial. VILLASANTE, O. (2007), La producción científica en torno a la neurosis de guerra en el marco de la guerra civil española. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 179-199.

primeros años de posguerra⁶¹⁰. Durante el *Congreso de Neurología y Psiquiatría* en Barcelona en 1942, Rojas Ballesteros y López Ibor desarrollaron una ponencia titulada *Psiquiatría de guerra*⁶¹¹. Además hay que destacar los trabajos de López Ibor *Neurosis de guerra*⁶¹² y de Vallejo Nágera *Psicosis de guerra*⁶¹³, y algunas otras publicaciones como aportaciones a esta patología psiquiátrica⁶¹⁴. Los psiquiatras afines al bando nacional rechazaban la influencia bélica en la génesis de los trastornos mentales limitándose a planteamientos destinados a la detección de simuladores, de modo que interpretaron las crisis psicológicas de origen bélico como respuestas de miedo o cobardía⁶¹⁵.

Previamente a la Guerra Civil no se había ingresado en el Manicomio de Leganés a ningún paciente que presentara síntomas sugerentes de psicopatología de guerra⁶¹⁶, y durante la contienda tan sólo ingresaron dos pacientes diagnosticados de psicosis de situación⁶¹⁷. Además entraron otros tres cuadros reactivos que, aunque no estaban catalogados como psicosis o neurosis de situación, sí fueron descritos como sobrevenidos por acontecimientos críticos en la guerra, y varios militares que ingresaron sin patología psiquiátrica, pero sí en situaciones de emergencia médica⁶¹⁸. Así pues las patologías del grupo XI de Kraepelin registraron un aumento en el Manicomio de Leganés, durante los años de la guerra, lo cual supondría un 6,3% de los ingresos.

En los años cuarenta las cifras de patología de guerra en Leganés fueron mínimas y tan sólo tres diagnósticos figuraban incluidos en este grupo XI tras la finalización del conflicto armado. De estos tres, el primero era un paciente de 21 años que ingresó en 1945 diagnosticado de “Reacción psicógena” y al que se le administraron sedantes; fue dado de alta cuatro meses después porque no regresó del

⁶¹⁰ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), pp. 92-93. Para un análisis de la literatura psiquiátrica durante la Guerra Civil ver VÁZQUEZ DE LA TORRE, P., TIerno, R., (2007), La literatura psiquiátrica durante la guerra civil española (1936-1939): Archivos de Neurobiología, Revista de Sanidad de Guerra y Revista Española de Medicina y Cirugía. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 239-258.

⁶¹¹ La ponencia se encuentra publicada en: ROJAS BALLESTEROS (1942), pp. 90-112; LÓPEZ IBOR, J. J. (1942a), *Neurosis de guerra*, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 112-33; y GONZÁLEZ PINTO, R. (1942), *Psicosis de guerra*, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 133-144.

⁶¹² LÓPEZ IBOR, J. J. (1942b), *Neurosis de guerra*, Barcelona-Madrid, Ed. Científico-Técnico.

⁶¹³ VALLEJO NÁGERA, A. (1942), *Psicosis de guerra*, Madrid, Ediciones Morata.

⁶¹⁴ ROJAS BALLESTEROS (1940), pp. 35-49. GONZÁLEZ PINTO, R., FERNÁNDEZ VILLANUEVA, L. (1942), Las formas mas frecuentes de psicosis situacionales en prisioneros de guerra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 145-147.

⁶¹⁵ COMELLES (1988), p.157.

⁶¹⁶ MOLLEJO (2011).

⁶¹⁷ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 224.

⁶¹⁸ Ibid, pp. 230-231.

periodo de licencia temporal⁶¹⁹. Otro caso fue el de un varón de 39 años soltero que ingresó diagnosticado de “Psicosis de situación” por Mendiguchía, en febrero de 1950 en el departamento de beneficencia procedente de Madrid y trasladado un año después a un destino desconocido⁶²⁰.

El tercer caso fue el de un varón de 46 años diagnosticado de “Personalidad querulante. Desarrollo litigante”, que ingresó en 1948 derivado del Hospital Provincial de Madrid y dado de alta un año más tarde por indicación judicial, sin recibir tratamiento durante su estancia en el establecimiento. Este caso podría incluirse bajo el apartado de *Psicosis y Neurosis de situación*, como *Psicosis de prisión de origen psicógeno (litigantes de prisión)*⁶²¹. A los pocos días de su ingreso se realizó una exploración neurológica, más exhaustiva que las recogidas en otras historias clínicas, donde se incluía la escala de inteligencia Stanford-Binet⁶²². Este test había sido utilizado en España desde comienzos del siglo XX para calcular la edad intelectual de los pacientes, siendo José María Villaverde uno de los primeros en introducirlo⁶²³.

En el Manicomio de Leganés ya se utilizaba previamente este test, en algunos casos para completar la exploración psicopatológica de los internos⁶²⁴. No obstante, esta escala de Binet se empleó también en otros hospitales psiquiátricos como fue el hospital de Valladolid como prueba psicológica en pacientes judiciales⁶²⁵.

A continuación exponemos unos fragmentos de la historia clínica del paciente con “personalidad querulante. Desarrollo litigante”, presentes en la recogida de datos clínicos y biográficos y a la exploración neurológica realizada:

«(12 de octubre de 1948). *Datos proporcionados por la esposa*. Hace cosa de ocho o diez meses empieza a notarle “cosas raras”, como un especial

⁶¹⁹ Historia clínica 1482. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶²⁰ Historia clínica 1667. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶²¹ Historia clínica 1617. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶²² Alfred Binet y Théodore Simon, trabajaron en la elaboración de un método para medir la inteligencia basada en la aplicación de tareas con una dificultad que crecía de acuerdo con la edad de los niños, para así discriminar la *edad mental*. En 1905 publicaron su primera *escala Binet-Simon*, con posteriores revisiones. HUERTAS, R. (1998), *Clasificar y educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*, Madrid, CSIC, pp. 128-129.

⁶²³ Su tesis doctoral la dedicó al estudio de dicha escala “El método de Binet-Simon y sus resultados”. Sobre el autor se puede consultar: VILLASANTE, O., REY GONZÁLEZ, A., MARTÍ BOSCA, J. V. (2008), José María Villaverde: un retrato desconocido, *Medicina e Historia*, 1, cuarta época, 3, 1-16.

⁶²⁴ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2012), p. 153.

⁶²⁵ Los autores analizan el libro de procesados del Hospital psiquiátrico de Valladolid del periodo comprendido entre 1903-1941, durante el cual estuvieron ingresados ochenta casos por crimines de diferentes tipos. ALONSO P., COBOS T., GARCÍA L., PÉREZ CIPITRIA A., SEGURA A., VELASCO A. (2004), Los archivos del “Villacian”: casos judiciales. En ÁLVAREZ MARTÍNEZ, J. Mª., ESTEBAN ARNÁIZ, R. (editores), *Crimen y locura*, Madrid, AEN, pp. 135-148, 143-148.

estado de nerviosismo. Cuando hablaron en el locutorio de la prisión provincial decía a su mujer que esperase, que le llamaban por teléfono y no volvía al locutorio. Lo encontraba muy decaído, agotado, alternando días de agotamiento con otros en que estaba excitado.

Lo encontraba también muy distraído. Nos llama la atención sobre el hecho, que califica de “cosas imbéciles”, de que *decía que le llamaron por teléfono en la cárcel cuando allí no comunicaban con nadie* (!). En una conversación normal la interrumpía bruscamente, “L., espera un momento que me llaman por teléfono”, y marchaba. No podemos averiguar si se trata de alucinaciones.

En la cárcel redecía a su mujer que *todos le perseguían*, que se había vendido su abogado, que el juez no hacía justicia. Que sus amigos tenían influencia sobre estos organismos de la justicia. Estaba muy preocupado por haber dejado paralizados sus negocios.

No parece que haya sufrido alucinaciones. Dócil en su comportamiento. “Muy limpio”, cuidadoso en el vestir y ordenado. Tendencia a ideas de grandeza “yo tengo gran fe en mi mismo” (querulante). El ingreso en el Establecimiento nos dice que es el Sr., A, pero hay que hacer constar que venía bajo los efectos del alcohol... No se pueden recoger más datos por haber estado separado el matrimonio durante 20 meses.

Antecedentes psíquicos. Siempre nervioso, “un poco dominante”. Limpio, cuidadoso hasta la meticulosidad. “no dejaba el café a su hijo beber en ningún vaso porque había sífilis por todas partes”. Parece tratarse de un hipertímico dentro de los límites de la normalidad. “Muy activo”. Nada perezoso. Metódico con su vida. No toxicómano. *Antecedentes somáticos:* A parte de los dolores de cabeza y ligeros catarros no le conoce afección alguna.

Antecedentes hereditarios: Padres viven sanos. El enfermo es el segundo de cuatro hermanos que viven sanos. Casado con la señora que nos comunica los datos. En el matrimonio dos hijos. Una niña que nacida a termino muriendo en el parto por “abandono de asistencia” y otro niño de cuatro años que vive sano»⁶²⁶.

Su historia clínica incluía un recorte del periódico *Diario regional* de Valladolid con fecha del 12 de octubre de 1949, donde se notificaba la anulación de la sentencia condenatoria como autor (con otros dos compañeros) de “un delito de estafa, otro de tentativa, y otro de usurpación de funciones”. Pocos días después, el 21 de octubre el paciente fue dado de alta por indicación judicial. El recorte de prensa del *Diario Regional* decía así:

«Tribunales. Sentencia casada. Por la Segunda del Tribunal Supremo ha sido anulada la sentencia dictada por nuestra Audiencia Provincial en mayo anterior, por lo que condenaba como autores de un delito de estafa, otro de tentativa y otro de usurpación de funciones a don J. R. G, don J. G. A, y otro. Ha sido decretada la libertad de dichos encartados, con los pronunciamientos

⁶²⁶ Historia clínica 1617. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.



1. *Journal of the American Statistical Association*, 1967, 62, 1-11.

⁶²⁸ SCHNEIDER, K. (1923) (1971), *Die Psychopathischen personlichkeiten*. (Traducido al castellano por

influyeron en la psiquiatría española y, sin duda también en los diagnósticos de los pacientes del Manicomio de Leganés. Schneider había definido personalidad como “la estable composición de sentimientos, valores, tendencias y voliciones”, y la personalidad anormal como “un estado de divergencia del promedio”⁶²⁹. Las personalidades psicopáticas eran una subclase de las personalidades anormales que “a causa de su anormalidad sufren ellos mismos o hacen sufrir a los demás”⁶³⁰. Dichas personalidades psicopáticas se agrupaban en “Psicópatas hipertímicos, Psicópatas depresivos, Psicópatas inseguros de si mismo, Psicópatas fanáticos, Psicópatas menesterosos de notoriedad, Psicópatas lábiles de ánimo, Psicópatas explosivos, Psicópatas desalmados, Psicópatas abúlicos, Psicópatas asténicos”⁶³¹.

En el Manicomio de Leganés el número de psicopatías aumentaron durante los años posteriores a la Guerra Civil, siendo casi inexistentes anteriormente a este periodo. De hecho, tan sólo ocho pacientes fueron diagnosticados de psicopatía desde la apertura del manicomio hasta 1936⁶³², sin existir ningún caso nuevo durante la contienda⁶³³.

Un total de 48 pacientes (29 varones y 19 mujeres) fueron incluidos dentro de este apartado desde 1939 hasta 1952, siendo en su mayoría solteros. De ellos, ocho recibieron tratamiento: dos de ellos con fármacos, tres con electrochoque y otros tres con psicoterapia (sin que se especificase el tipo).

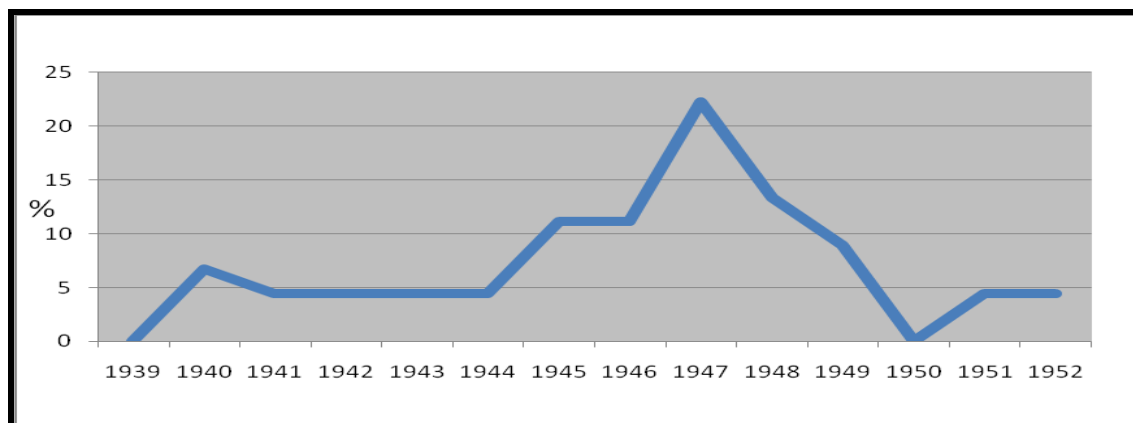


Figura 9. Evolución diagnóstica del Grupo X (Psicopatías) según año de ingreso en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

⁶²⁹ SCHNEIDER (1946) (1997), pp. 41-65.

⁶³⁰ Ibidem.

⁶³¹ Ibidem.

⁶³² MOLLEJO (2011), p. 347. El único caso registrado durante la Segunda República fue en junio de 1932. TIerno, VILLASANTE, VÁZQUEZ DE LA TORRE (2007a), p. 340; VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), p. 95

⁶³³ VÁZQUEZ DE LA TORRE (2008), pp. 95-96.

El incremento del grupo de psicopatías coincidió temporalmente con el período durante el cual Manuel Peraita ocupó el cargo de jefe facultativo del Manicomio de Leganés. Los conocimientos de psiquiatría germánica no se perciben sólo en los diagnósticos sino también en las descripciones psicopatológicas de sus historias clínicas.

Si bien la bibliografía sobre psicopatía es escasa en la primera mitad de siglo, en España es interesante destacar un artículo publicado al finalizar los cuarenta en la revista *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*. Su autor, Cristóbal Maciá ofreció una casuística de pacientes diagnosticados de psicopatías ingresados, desde julio de 1946 hasta diciembre de 1950, en el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Madrid⁶³⁴. En dicho trabajo se investigaban un total de 233 casos, de los cuales, a juicio del autor sólo 24 eran “fácilmente clasificables”, 86 no se podían agrupar y 123 eran “difícilmente clasificables”, según la agrupación de K. Schneider. De los 147 anteriores (“fácilmente clasificables” y “difícilmente clasificables”), la mayoría eran englobados en el grupo de asténicos, y para mayor precisión, el autor consideraba que lo más conveniente era usar combinaciones entre los diferentes tipos, aún asumiendo, la dificultad para agrupar las psicopatías en ésta o cualquier otra clasificación⁶³⁵.

En el Manicomio de Leganés, los diagnósticos literales de psicopatías se ajustaban a la clasificación realizada por Schneider⁶³⁶, encontrando en las historias, pacientes con diagnósticos de psicópata hipertímico pseudólogo, personalidad psicopática paranoide, psicópata inestable, psicópata inseguro de sí mismo, psicopatía hipocondríaca y psicastenia. En marzo de 1940 ingresó un varón soltero de 34 años diagnosticado de psicastenia como pensionista de segunda clase y fue dado de alta, en 1944, por no regresar de una licencia temporal⁶³⁷. La “Psiquiastenia” había sido definida por Pierre Janet para describir un conjunto de trastornos que abarcaban las obsesiones, las manías mentales, la “locura de la duda”, las fobias, algunos delirios y sobre todo los

⁶³⁴ MACIÁ, C. (1951), Sobre Clasificación de las personalidades psicopáticas y su relación con las psicosis endógenas, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 10, 213-9.

⁶³⁵ Ibid, pp. 214-218.

⁶³⁶ SCHNEIDER (1946) (1997), pp. 41-65.

⁶³⁷ Historia clínica 1206. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

“escrúpulos”⁶³⁸. En la tipología de Schneider dicho término aparecía dentro de los psicopatas asténicos con trastornos psíquicos (psicastenia)⁶³⁹.

Entre los 48 pacientes incluidos en el grupo de las psicopatías, se puede destacar un paciente diagnosticado como “psicópata hipertímico pseudólogo” y “degenerado moral” (segundo diagnóstico)⁶⁴⁰. Llama la atención porque el término de “degenerado moral” y la teoría de la degeneración formulada por Benedict A. Morel (1809-1873), en 1857, en el *Traité de dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine*, se encontraban prácticamente en desuso en dicha época⁶⁴¹. A pesar de la reticencia de los frenópatas para aplicar la teoría de la degeneración en el terreno clínico⁶⁴², dicha terminología fue empleada con cierta frecuencia en el Manicomio de Leganés, aunque sólo durante la segunda década del siglo XX. Su utilización prácticamente se circunscribió al período en el que José Salas y Vaca fue el jefe facultativo de la institución, y cuyo interés por la teoría moreliana puede observarse en su libro *Los degenerados en sociedad* (1920)⁶⁴³.

9.2. Psicopatía y responsabilidad jurídica

El paciente mencionado anteriormente se trataba de un caso judicial. Era un varón soltero de 32 años que ingresó por primera vez en octubre de 1940, reingresando posteriormente en dos ocasiones tras evadirse del establecimiento. Ingresó siempre como pensionista de segunda clase, y fue clasificado como hemos referido de “psicópata hipertímico pseudólogo” y “degenerado moral”. Las dos primeras altas fueron por evasión y la última por ser trasladado al Manicomio de Zaragoza. En su historia clínica se recogen varios documentos sobre el caso judicial del paciente como recortes de prensa (figura 10), una notificación de la audiencia provincial para la vista de un juicio oral por delito de hurto y una copia de la sentencia en la que se absuelve al paciente, decretando su internamiento en un hospital destinado "a esa clase de pacientes"⁶⁴⁴.

⁶³⁸ POSTEL, J., QUÉTEL, C. (coord.) (2000), *Nueva historia de la psiquiatría*, México D.F., Fondo de Cultura Económico, pp. 239-246.

⁶³⁹ SCHNEIDER (1946) (1997), pp. 41-65.

⁶⁴⁰ Historia clínica 1242. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁴¹ La introducción de la teoría de la degeneración en España ha sido ampliamente estudiada en: CAMPOS, R., MARTÍNEZ-PÉREZ, J., HUERTAS, R. (2000), *Los ilegales de la Naturaleza, Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC; y HUERTAS (1987).

⁶⁴² CAMPOS, MARTÍNEZ-PÉREZ, HUERTAS (2000).

⁶⁴³ VILLASANTE, CANDELA (2008).

⁶⁴⁴ Historia clínica 1242. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Tanto el recorte de prensa como la sentencia judicial se encuentran incorporadas en la historia clínica del paciente.



Figura 10. Recorte de prensa sobre el paciente “psicópata hipertímico pseudólogo” ingresado en el Manicomio de Leganés.

Las relaciones entre la psiquiatría y el derecho penal moderno se fortalecieron a lo largo de todo el siglo XIX gracias a varias vías; una de ellas fue la participación de los frenópatas en los tribunales de justicia, que favorecieron la institucionalización de la psiquiatría como especialidad médica⁶⁴⁵. Este proceso se favoreció, a partir de la

⁶⁴⁵ A lo largo de la segunda mitad del siglo XIX en España, los alienistas se mostraban como expertos capaces de decidir si un procesado estaba o no afectado de un trastorno mental, las causas criminales se convirtieron en una oportunidad para que se postularan, no sólo ante los jueces sino ante la opinión pública. Sobre las relaciones entre la justicia y la psiquiatría y la actitud de los alienistas ante los tribunales han estudiado autores como HUERTAS, R. (2002b), *Organizar y persuadir. Estrategias personales y retóricas de legitimación de la Medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia; MARTÍNEZ-PÉREZ, J. (1997), “Una demanda social y un experto para responder a ella: vulgarización, peritaje forense e institucionalización de la psiquiatría en España”. En VV.AA., *La locura y sus*

segunda mitad del siglo XIX por la celebración de una serie de juicios donde intervinieron los psiquiatras para determinar una enfermedad mental y la posible irresponsabilidad del acusado que llevaba a la reclusión manicomial y evitaba la cárcel⁶⁴⁶. En 1888 había ingresado en el Manicomio Leganés el célebre cura Galeote, tras ser declarado irresponsable por asesinar al obispo de Madrid-Alcalá y donde permaneció hasta la fecha de su fallecimiento en 1922⁶⁴⁷. Otros pacientes judiciales desconocidos o menos famosos como Manuel Morillo fueron también internados en el Manicomio de Leganés en las últimas décadas y durante la primera mitad del siglo XX⁶⁴⁸, a pesar de los numerosos intentos legales y administrativos para habilitar establecimientos específicos para enfermos judiciales⁶⁴⁹. No obstante, con el Reglamento de 1941 desapareció la separación física para enfermos sujetos a Tribunales de justicia⁶⁵⁰, división que, sin embargo, sí se encontraba en los anteriores reglamentos de Leganés⁶⁵¹.

Algunos fragmentos de la historia clínica del aludido paciente diagnosticado de psicopatía mostraban, como veremos, las dificultades y complejidades que existían por parte de facultativos, juristas y familiares, para determinar su responsabilidad y su reclusión manicomial. Entre los antecedentes psiquiátricos se señala el suicidio del padre durante la Guerra Civil y cómo el paciente argumentaba que simuló una

instituciones, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 281-301; REY GONZÁLEZ, A. M. (1982), “La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del siglo XIX”, *Revista de la AEN*, 4, 4-27.

⁶⁴⁶ Casos concretos sobre las que se estudian estas cuestiones las podemos encontrar en: CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007c), La imbecilidad como exención de responsabilidad: el peritaje de Esquerdo en el proceso judicial de Otero, *Frenia*, 7, 213-228; CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2008), Un regicida frustrado: la imbecilidad de Otero según Esquerdo, En: MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTEVEZ, J., DEL CURA, M., VICTOR BLAS, L., (coords.), *La Gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha, Castilla La Mancha, pp. 283-310; CAMPOS (2010), pp. 95-122.

⁶⁴⁷ VARELA, J., ÁLVAREZ-URÍA, F. (eds.) (1979), *El cura Galeote, asesino del obispo de Madrid-Alcalá. Proceso médico-legal, reconstruido y presentado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría*, Madrid, La Piqueta; CAMPOS, R. (2003), Criminalidad y locura: El cura Galeote, *Frenia*, 3 (2), 111-146.

⁶⁴⁸ ÁLVAREZ-URÍA, F. (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets, p.234; VILLASANTE, O. (2008), Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico, *Frenia*, 8, 33-68, p. 53; MOLLEJO (2011), pp. 105-106; CAMPOS (2012).

⁶⁴⁹ BARRIOS FLORES, L. F. (2000), Un siglo de psiquiatría penitenciaria, *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 1, 23-30, p. 25. El autor explica que en relación a los establecimientos psiquiátricos penitenciarios, en 1943 se creó el Hospital Central en Madrid y a finales de 1944, comenzaron las obras del Instituto Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel. Posteriormente en 1946 se estableció el Hospital Central de Mujeres de Madrid. *Ibid*, pp. 27-28.

⁶⁵⁰ *Reglamento de 1941*, pp. 8697-8701.

⁶⁵¹ VILLASANTE (2008), p. 53.

enfermedad mental por la que fue internado y diagnosticado de esquizofrenia por Varela de Seijas⁶⁵².

«(5 de octubre de 1940). *Antecedentes familiares*: la madre vive y goza de buena salud. Es inteligente y de conducta muy moral, dedicada exclusivamente al cuidado de sus dos hijos. El padre se suicidó al verse perseguido por los elementos del frente popular. Era un neurópata con todos los rasgos característicos. Padecía de colitis crónica. Era muy trabajador y consiguió una buena posición económica.

Antecedentes personales: Ningún antecedente digno de mención en la primera infancia. Muy inteligente. A los 15 o 16 años deriva su conducta moral y haciendo caso omiso a los consejos paternos, abandona los estudios y hace una vida impropia del ambiente familiar que le obliga al padre a internarle en el correccional de Santa Rita (Carabanchel Bajo). Sale del correccional y marcha a Barcelona donde al amparo de un tío carnal encuentra una colocación en una compañía de seguros. Pronto la abandona y regresa al domicilio de sus padres. Se repite esta situación y así abandona destinos que le proporciona su padre.

Su conducta moral en estas épocas, su vida deja mucho que desear. Pide dinero a las amistades de su padre. Falta de casa, y con compañías poco gratas pasa las ausencias del domicilio de su padre.

Durante el periodo de la dominación roja en Madrid se oculta y al ser llamado a su quinta pasa al Hospital, por padecer una afección mental (*simulada* según el enfermo). Es tratado por el Dr. Varela, y según relata el enfermo no padecía enfermedad alguna simulándola. El Dr. Varela le diagnostica de *esquizofrenia*»⁶⁵³.

Durante la Guerra Civil el impacto de las simulaciones en las bajas del ejército supuso una alerta para los responsables de los militares. Emili Mira como Jefe de los Servicios Psiquiátricos del ejército republicano mostró su preocupación y describió la necesidad de desenmascarar estos cuadros⁶⁵⁴, mientras que Vallejo Nágera, Jefe de los Servicios Psiquiátricos Militares del ejército franquista, insistió en la escasez de simulaciones entre sus soldados en comparación con el bando republicano⁶⁵⁵.

«Terminada la guerra vuelve al domicilio y durante su ausencia se había suicidado su padre, y fue a vivir con su madre y un hermano menor que él muy formal y de intachable conducta. En esta época recibe consejos de la

⁶⁵² Eduardo Varela de Seijas, discípulo de Sanchís Banús, publicó diferentes artículos sobre malformaciones vertebrales y trastornos extrapiramidales. Extraído de AZTARAIN, J. (2005), *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Pamplona, Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, p. 176.

⁶⁵³ Historia clínica 1242. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁵⁴ MIRA, E. (1943), *Psichiatry in war*, New York, W.W. Norton and Company Inc, p. 87; GONZÁLEZ PINTO (1942), p. 136. Una revisión sobre el tema se puede leer en: VÁZQUEZ DE LA TORRE, TIerno (2007) pp. 239-258.

⁶⁵⁵ VALLEJO NÁGERA, A. (1938), Observaciones psiquiátricas de la guerra de España, *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 1, 20-25.

madre que no sigue y aprovecha la tramitación de la testamentaría de su padre, pide dinero y malgasta y derrocha en poco tiempo unos miles de pesetas que adquiere a intereses elevados. Se fuga de casa con amigos, viaja y hace compras no necesarias, y así vive hasta que agotado el dinero vuelve al lado de su madre, que al observar la conducta seguida que no pretende enmendar, y creyendo al hijo un (según los consejos de los médicos) enfermo le interna en este manicomio»⁶⁵⁶.

La exploración psicopatológica contenía la actitud general del paciente, orientación, estado anímico, actividad motora, la conducta (inmoral, mentiroso, fabulador, fantástico), la potencial peligrosidad, la presencia de alucinaciones, la personalidad y la alteración de funciones como la alimentación y el sueño. Se indicaba el tratamiento con psicoterapia, primer y único enfermo en la institución de Leganés, como veremos en el siguiente capítulo. Dos meses más tarde, el facultativo anotaba la evolución de las intervenciones y su decisión de emplear laborterapia.

«Exploración del enfermo: Bien constituido. De aspecto sano, se presenta correcto y bien portado. No tiene conciencia de enfermedad mental. Relata sus andanzas y fechorías haciendo de ellas críticas razonadas, tratando de disculparlas y acusando a su padre de falta de comprensión de la vida de esta época, muy distinta de la época que él vivió. Es culto (aunque pronto se observa que esta cultura es superficial). En contestación a sus aficiones de sus estudios habla de estudios geográficos y filosóficos. No le impresiona verse en el manicomio, considera que está bien tomada por la madre esta determinación, pues su conducta poco correcta debía tener un freno y está conforme con esta determinación hasta que se termine la testamentaría del padre. Actitud general: ordenado y accesible. Bien orientado en tiempo y espacio. Conciencia normal. Estado de ánimo variable, algo triste. Inteligencia buena. Actividad motora: inquieta. Conducta: inmoral, mentiroso, fabulador, fantástico. Peligrosidad: en el acto de reconocimiento no puede precisarse, se presenta sumiso (sin embargo los antecedentes del médico que certifica la conveniencia de su ingreso en establecimiento adecuado dice que es “Agresivo y colérico”). No presenta alucinaciones. Síntesis global de la personalidad: inteligente. Come y duerme bien, está tranquilo y sin reacción de protesta alguna. *Tratamiento*: Psicoterápico.

(10 de enero de 1941). Responde al tratamiento, deseando se le hable con frecuencia, durante las charlas sostenidas se exalta la afectividad, agradece las sugerencias y las orientaciones que se le marcan tratando de sostener la conversación y prometiéndose seguir todas las indicaciones que se derivan de la misma. Se emplea en la laborterapia»⁶⁵⁷.

⁶⁵⁶ Historia clínica 1242. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁵⁷ *Ibidem*.

Meses después de esta exploración se registró la primera fuga del enfermo de la institución, reingresando en 1944 por indicación de Manuel Peraíta.

«(4 de Diciembre de 1941) Se fuga del establecimiento dando cuentas a las autoridades correspondientes.

(20 de mayo de 1944). (Manuel Peraíta). Nos explica todo lo que hizo durante su fuga del Manicomio. Habla con una cierta pedantería empleando giros algo recargados. (...) Tiende a hacer responsable de su conducta, que él mismo reconoce anormal, a sus padres, al medio familiar en que se ha desenvuelto durante su infancia y primera juventud. Dice que el padre fue un egoísta que no tenía otro deseo que explotarlo. La madre -dice- es una madre rara “sin cariño hacia mí”. El relato es ordenado, no se comprueba incoherencias ni alteraciones ideofugativas. Nos explica con gran lujo de detalles como se fingió enfermo mental durante la guerra cuando ingresó en la Clínica Psiquiátrica del Hospital Provincial. Se jacta de haber engañado a todo el mundo incluso a los médicos del Hospital Provincial. Asegura que hizo el papel a la maravilla y que de esta manera consiguió ingresar en la Clínica Psiquiátrica y evadirse de persecuciones. Durante el interrogatorio se levanta para explicarnos con gesto como se finge trastornado. *Evidentemente posee una cierta actitud para representar y fingir papeles falsos.* Reconoce que derrochó estúpidamente 25.000 pesetas después de la guerra, le parece esto alocado y dice que ahora esto no lo volvería a hacer, pero acusa a la madre no haber tomado ninguna solución sensata nunca. Dice esto porque la madre en vista de sus gastos de dinero le propuso ingresar en un Manicomio. *Un médico que le vio se negó a extender un certificado para que ingresara en un Manicomio. Por fin la madre consiguió un certificado de Varela de Seijá (sic) y lo ingresó aquí»*⁶⁵⁸.

En los años 1944, 1945, y 1946 aparecen una serie de anotaciones y correspondencias entre el jefe facultativo y el Director General del Ministerio de Gobernación acerca de la intención del facultativo de proceder al alta del paciente. El responsable médico consideraba que no era un enfermo psíquico, frente a la insistencia de la madre para que permaneciese recluido en el manicomio.

«(29 de noviembre de 1944). (Jefe facultativo al Director general). Don E. G. F. presenta una personalidad normal (psicopática) correspondiente al grupo de los psicópatas pseudólogos hipertímicos. Esto explica su conducta anormal y los diversos actos antisociales cometidos por el mismo. Por todo ello el que suscribe encuentra justificada la reclusión temporal del citado señor en el manicomio, y estima que ésta pueda prolongarse un tiempo más. Sin embargo, el que suscribe no considera adecuada una reclusión a perpetuidad de Don E. G. en el Manicomio, pues no se trata de un enfermo psíquico, sino de un psicópata cuya asistencia y tratamientos definitivos

⁶⁵⁸ *Ibídem.*

deben verificarse en otro medio (establecimientos especiales para psicópatas) que el manicomial. (Contestación a la petición que la madre del enfermo realiza al Director general de que su hijo continúe internado hasta su total curación).

(24 de mayo de 1945). *El enfermo está ingresado por indicación médica y no por orden judicial.*

(17 de diciembre de 1945). Comunicación de la Audiencia para que comparezca Don. E. G ante la Sección 3, el día 8 de enero del próximo.

(10 de enero de 1946). (*Copia de la Vista del juicio oral*). Se procede a la vista del juicio oral público por hurto de Don. E. G. F. Resultando probado, y así se declara que el 5 de julio de 1935, el procesado se apoderó sin emplear fuerza ni violencia, de 800 pts que su patrona tenía en un bolsillo sobre la cómoda. En aquella fecha el procesado padecía una forma hipomaniaca crónica de locura maniaco-depresiva (que naturalmente sigue padeciendo y que cuando realizó aquel acto anulaba su propia voluntad). (...) Resultando que la representación del procesado en sus conclusiones también definitiva estimó que al ocurrir los hechos que se imputan al procesado, éste que ha sufrido en distintas ocasiones de trastornos mentales, habiendo estado recluido por ello en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, se encontraba bajo el influjo de un ataque de la expresada naturaleza que anuló por completo su libre voluntad, por lo que aunque realizó dichos hechos no puede ser considerado responsable de los mismos concurriendo a su favor la eximente primera del artic. 8 del Código Penal, y procediendo la libre absolución de dicho procesado y declarándose las costas de oficio. Fallamos: que debemos ABSOLVER Y ABSOLVEMOS al procesado del delito de hurto del que le acusa el M. Fiscal por concurrir a su favor la circunstancia eximente de enajenación mental, *decretándose su internamiento en uno de los hospitales destinados a los enfermos de su clase, del cual no podrá salir sin previa autorización de este Tribunal*»⁶⁵⁹.

La acusación del delito de hurto y la sentencia judicial de internamiento psiquiátrico, sin duda complicaba a los facultativos la posibilidad de dar de alta al paciente. De hecho, a pesar del documento abajo transcrito del Director General del Ministerio de Gobernación al jefe facultativo, la realidad fue que el asilado continuó ingresado en la institución hasta que años después, en 1960, fue trasladado al Manicomio de Zaragoza⁶⁶⁰.

«(9 de abril de 1946). (Director General del Ministerio de Gobernación, Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales): Visto su escrito último informando sobre el estado mental de Don. E. G. en el que se ratifica lo ya expuesto anteriormente sobre él, considerándole una personalidad Psicopática cuya asistencia y tratamiento definitivo deben tener

⁶⁵⁹ Ibidem.

⁶⁶⁰ Sobre el reclamo y la necesidad de crear instituciones psiquiátricas judiciales se puede consultar: BARRIOS FLORES, L. F. (2007), Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria, *Revista de la AEN*, 100, 473-495.

lugar en otro Establecimiento especial para psicópatas, por lo que se propone la baja definitiva en ese Manicomio según determina el Decreto de 3 de julio de 1931, ésta Dirección general ha acordado acceder a su propuesta y que Don E. G. F. sea dado de baja en ese Establecimiento Benéfico, previo cumplimiento de los requisitos legales en ese caso»⁶⁶¹.

La correspondencia entre el manicomio y otras instituciones judiciales, como hemos podido comprobar en la documentación anexa de la institución, era común, de modo que los jueces solicitaban información acerca de los internos con procesos judiciales pendientes. Normalmente era el juzgado de Primera Instancia de Getafe (al que correspondía Leganés) el que con mayor frecuencia se dirigía al establecimiento para conocer si un determinado individuo se encontraban internado, aunque, a veces eran otras instituciones judiciales como en el caso mostrado a continuación. Se requirieron, desde la Presidencia del Gobierno Tribunal Especial para la Represión de la Masonería y del Comunismo⁶⁶², los datos de un paciente que había estado ingresado años atrás en el manicomio.

«Ruego usted se sirva de comunicar a este juzgado si el encargado en el sumario M. hijo de S. y B. natural de Tudela, Navarra, se haya recluido en ese establecimiento a su digno cargo o fue dado de alta y en este último caso el domicilio que hubiera fijado al salir. Dios guarde usted muchos años, Madrid, 16 de enero de 1948. Del Juez Instructor al Director del Sanatorio Psiquiátrico de Leganés. Presidencia del Gobierno Tribunal Especial para la Represión de la Masonería y del Comunismo»⁶⁶³.

«Con relación a su atento oficio de fecha 16 del actual en el que solicita los datos acerca de M. hijo de S. y B. natural de Tudela, Navarra, puedo manifestar a usted que en los archivos del establecimiento existe en efecto una historia clínica perteneciente a dicho señor del cual ingresó en el manicomio el día 9 de agosto de 1937 a las cinco de la tarde siendo diagnosticado de parálisis general progresiva y falleciendo el día 16 de febrero de 1940. Si lo considera de interés podría remitírsele una copia de la mencionada historia clínica. Dios guarde a usted muchos años, Leganés, 27 de enero de 1948. Del Jefe Facultativo a la Presidencia del Gobierno Señor Juez Instructor del Tribunal Especial para la Represión de la Masonería y del Comunismo»⁶⁶⁴.

⁶⁶¹ Historia clínica 1242. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁶² *Boletín Oficial del Estado*, 2 de marzo de 1940, 62, pp. 1537-1539. FERRER BENIMELI (1980), pp. 140-180.

⁶⁶³ *Jefatura facultativa* “juzgados”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁶⁶⁴ *Jefatura facultativa* “juzgados”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Este caso corresponde a la historia clínica 1149. Se trataba de un varón soltero de 58 años diagnosticado de PGP ingresado el 9 de agosto de 1937 pensionista de segunda clase por orden gubernativa o judicial y que fallecía el 16 de febrero de 1940 por motivos neurológicos secundario a su PGP.

9.3. Oligofrenias

La deficiencia mental, en sus diferentes variedades, ha supuesto un número elevado de ingresos desde el nacimiento de las instituciones psiquiátricas⁶⁶⁵. La escuela francesa ya dividió a los enfermos en función del grado de desarrollo de las facultades mentales del enfermo: imbecilidad, inteligencia muy limitada e idiocia propiamente dicha, donde la inteligencia no llegaba a manifestarse⁶⁶⁶.

La frecuencia de ingresos de los diferentes grados de deficiencia mental en la institución de Leganés creció una vez finalizada la contienda, pasando de cifras del 5%-8% en el período entre 1931-1939, al 12% en los años de posguerra. Este incremento de internamientos de pacientes psicopáticos y oligofrénicos durante los años de posguerra fue probablemente motivada por los graves problemas sociales para subsistir ante situaciones de miseria y hambre. Las necesidades de las familias en condiciones muy precarias contribuyeron a que una serie de trastornos de carácter psicopatológico, previamente conviviendo en el entorno familiar, no pudieran permanecer en los domicilios⁶⁶⁷.

Tras la guerra se diagnosticaron 66 casos de oligofrenia en sus distintos grados (idiotismo, imbecilidad y debilidad mental) en Leganés, lo que supuso el 12% del total de ingresos, el segundo lugar en frecuencia. De ellos, el 55% de los ingresados eran varones, todos ellos sin profesión alguna. El 65% tenían una edad menor o igual a los 25 años (el menor de ellos contaba a su ingreso con 16 años) y tan sólo el 18 % recibió algún tipo de tratamiento: tres recibieron terapias farmacológicas, cinco electrochoque, dos laborterapia y uno fue leucotomizado.

Conviene recordar, tal como hemos revisado en el primer capítulo, que la creación de dispositivos adecuados para “niños anormales” fue tema de debate en diversos ámbitos profesionales, principalmente, durante las primeras décadas del siglo

⁶⁶⁵ Pinel ya la había catalogado como la enfermedad mental más frecuente en los manicomios mucho tiempo atrás, cuando diferenció en su *Nosographie philosophique* (1798) entre demencia e idiotismo (considerando este como la ausencia total de entendimiento de pronóstico incurable). En: POSTEL, QUÉTEL (1987), pp. 519-525.

⁶⁶⁶ Tras la primera diferenciación de Pinel, su discípulo Esquirol distinguió la demencia e imbecilidad (idiotismo o idiocia) como enfermedades diferentes, definiendo la idiocia como un estado que comenzaba a edades tempranas y donde las facultades intelectuales no se llegaban a desarrollar. Sobre la obra de Esquirol, se puede consultar HUERTAS, R. (1991), “Esquirol y la psiquiatría post-revolucionaria”, Prólogo a ESQUIROL, J. E. D., *Memoria sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Ediciones Dorsa, pp. 9-23. Sobre la deficiencia mental se puede leer: HUERTAS (1998), pp. 52-72 y HUERTAS, R. (1999), Entre la doctrina y la clínica: la nosografía de J.E.D. Esquirol (1772-1840), *Cronos*, 2 (1), 47-66, pp. 56-57.

⁶⁶⁷ COMELLES (1988), pp. 166-168.

XX⁶⁶⁸, pero que no se materializó en la creación de instituciones apropiadas⁶⁶⁹. Durante la autarquía franquista tampoco se resolvieron las cuestiones sobre la “infancia anormal”, a pesar de que fue reclamado en algunos foros científicos⁶⁷⁰.

⁶⁶⁸ DEL CURA (2008), pp. 433-455.

⁶⁶⁹ DEL CURA, M. (2007), Psiquiatría y pedagogía en la España de los años veinte y treinta. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 37-58, 56; DEL CURA GONZÁLEZ, M. (2011), *Medicina y pedagogía: la construcción de la categoría "infancia anormal" en España (1900-1939)*, Madrid, CSIC.

⁶⁷⁰ En el congreso nacional de neuropsiquiatría de Valencia, se reclamaba la especialización y la creación de instituciones especiales para ejercer acciones terapéuticas y pedagógicas en los oligofrénicos. ZARAGOZA, ANTICH, J. (1950), Los índices de la oligofrenia en Valencia. Su asistencia. *II Congreso de neuropsiquiatría. Comunicaciones*, Valencia, Mayo-Junio 1950, Imp. Cosano, Madrid.

CAPÍTULO IV

LA INTRODUCCIÓN DE NUEVAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS: ENTRE LA LABORTERAPIA Y EL ELECTROCHOQUE

1. INTRODUCCIÓN

Durante las primeras décadas del siglo XX se asistió a un impresionante auge de las terapias biológicas en psiquiatría: la malarioterapia -propuesta por Wagner-Jauregg en 1917 y utilizada en las dos décadas siguientes⁶⁷¹-; las terapias de choque, como el choque cardiazólico de Von Meduna (1934)⁶⁷², la cura de Sakel o coma insulínico (1934)⁶⁷³, el electrochoque de Cerletti y Bini (1938)⁶⁷⁴; y la leucotomía prefrontal de Egas Moniz a partir de 1935⁶⁷⁵. Sus impulsores gozaron de un amplio reconocimiento social y científico, llegando algunos a ser galardonados con el premio Nobel⁶⁷⁶.

La rápida recepción y utilización de estas terapias en España puede documentarse desde el comienzo de la década de los cuarenta, tanto en el Congreso de la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría celebrado en Barcelona en 1942⁶⁷⁷, como en algunas revistas nacionales: *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, *Revista Española de Medicina*, y *Semana Médica Española*.

⁶⁷¹ WHITROW, M. (1990), Wagner-Jauregg and Fever Therapy, *Medical History*, 34, 294-310. Su recepción en España ha sido estudiada por Olga Villasante; VILLASANTE, O. (1999b), Parálisis general progresiva en España en el último tercio del siglo XIX. En ROMERO, A. I., CASCO, J., FUENTENEbro, F., HUERTAS, R. (eds.), *Cultura y Psiquiatría del 98 en España*, Madrid, Necodisne, pp. 19-31; VILLASANTE, O. (2000), La introducción del concepto de parálisis general progresiva en la psiquiatría decimonónica española, *Asclepio*, 52 (1), 53-72; VILLASANTE, O. (2003b), La malarioterapia en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva: Primeras experiencias en España. En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa, Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 175-188.

⁶⁷² FINK, M. (1984), Meduna and the origins of convulsive therapy, *American Journal Psychiatry*, 141, 1034-1041.

⁶⁷³ JAMES, F. E. (1992), Insulin treatment in psychiatry, *History of psychiatry*, 3, 221-235.

⁶⁷⁴ BERRIOS, G. E. (1996), Early electroconvulsive Therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history. En FREEMAN, H., BERRIOS, G. E. (eds.), *150 Years of British Psychiatry*, London and Atlantic Highlands, Cambridge, Vol. 2, pp. 3-15; BERRIOS, G. E. (1997a), The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history, *History of Psychiatry*, 8, 105-120.

⁶⁷⁵ Si bien ampliaremos posteriormente la bibliografía sobre el tema, merece destacar una amplia e interesante biografía sobre Moniz publicada recientemente: LOBO ANTUNES, J. (2010), *Egas Moniz-Uma Biografia*, Portugal, Gradita; BERRIOS, G. E. (1997b), The origins of psychosurgery: Shaw, Burckhardt and Moniz, *History of Psychiatry*, 8, 61-81.

⁶⁷⁶ El premio Nobel de Medicina fue otorgado a Julius von Wagner-Jauregg en 1927 y a Egas Moniz en 1949. BERRIOS (1997b), pp. 61-81; BROWN, E. M. (2000), Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane, *History of Psychiatry*, 11 (4), 371-382; LÓPEZ-MUÑOZ, F., ÁLAMO, C. (2007), *Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y el desarrollo de los psicofármacos*, tomo 2, Madrid, Editorial medica panamericana, p. 918.

⁶⁷⁷ La tercera ponencia del Congreso de la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría celebrado en Barcelona en 1942, fue presentada por Sarró y Vela bajo el título de *Los nuevos tratamientos en psiquiatría*. En: LÁZARO, J. (2000), *Historia de la asociación española de neuropsiquiatría (1924-1999)*, *Revista de la AEN*, 75, 399-515, p. 448.

El interés que despertó en los psiquiatras españoles se reflejó además en la participación de varios de ellos en el *Primer Congreso Internacional de Psiquiatría* celebrado en París en el año 1950 al que acudieron Rodríguez Lafora, López Ibor y Marco Merenciano, entre otros. En la sesión titulada la “Terapéutica biológica. Indicaciones respectivas de los métodos de choque”⁶⁷⁸, que contó con la presencia de los pioneros de dichos tratamientos, como Von Meduna, Sakel o Ugo Cerletti⁶⁷⁹, López Ibor presentó una ponencia en la cual describió las técnicas de choque y su aplicación en el tratamiento de diferentes formas de psicosis, neurosis y personalidades psicopáticas⁶⁸⁰. Otras intervenciones españolas fueron realizadas por Rodríguez Lafora y Marco Merenciano; el primero abogaba por la conveniencia de organizar equipos de investigación histoquímica e histopatológica del cerebro humano como complemento necesario a los tratamientos biológicos en psiquiatría⁶⁸¹. Marco Merenciano, intentó responder a varias cuestiones planteadas sobre las terapias de choque, entre ellas la efectividad terapéutica, concluyendo que “(...) tras pasar casi una década en la inmovilidad de los tratamientos, sin que los momentos geniales de los descubrimientos se hayan alterado apenas, es también un tema de meditación al que obligaría el estudio comparado, entre la ponencia nacional de España en 1942 con la internacional de París en 1950”⁶⁸².

También en 1950 en el Segundo Congreso de Neuropsiquiatría celebrado en Valencia, algunos de sus ponentes expusieron argumentos menos optimistas que los presentados en París sobre las terapias de choque, al considerar que “se trataban de medidas terapéuticas radicales y revolucionarias, que necesitan un mayor tiempo de experimentación para su universal aceptación”⁶⁸³.

⁶⁷⁸ EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.) (1952), *Thérapeutique Biologique, (Comptes rendues des séances), Premier Congrès Mondial de Psychiatrie*, t. 4, París, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 10-451. Las Actas del Congreso han sido una cesión de los doctores Antonio Rey y Enrique Jordá, a quienes agradecemos su amabilidad.

⁶⁷⁹ JORDÁ MOSCARDÓ, E., REY GONZÁLEZ, A., ANGOSTO SAURA, T. (2007), La psiquiatría franquista y del exilio en el I Congreso Mundial de Psiquiatría. París, 1950. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 377-394.

⁶⁸⁰ LÓPEZ IBOR, J. J. (1952), Indications respectives des methodes de choc. En EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.), *Thérapeutique Biologique (Rapports parus avant le Congrès), Editions du Congrès Internacional de Psychiatrie*, t. 4, París, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 22-30.

⁶⁸¹ LÓPEZ IBOR (1952), pp. 108-109.

⁶⁸² MARCO MERENCIANO, F. (1952), Discusion. En EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.), *Thérapeutique Biologique (Rapports parus avant le Congrès), Editions du Congrès Internacional de Psychiatrie*, t. 4, París, Hermann et Cie, Editeurs, pp.110-114.

⁶⁸³ DOMINGO SIMO, F., RUIZ AGUILERA, J. (1950), La electronarcosis como última y positiva adquisición de los tratamientos convulsionantes. *II Congreso de neuropsiquiatría. Comunicaciones*, Valencia, Mayo-Junio 1950, Madrid, Imp. Cosano, pp. 29-37.

En cuanto a la aplicación práctica de los tratamientos biológicos en instituciones psiquiátricas españolas durante la posguerra, existe aún una laguna historiográfica evidente. Si bien, en los últimos años han aparecido contribuciones sobre diversos establecimientos como Ciempozuelos⁶⁸⁴, Valencia⁶⁸⁵, Valladolid⁶⁸⁶, Navarra⁶⁸⁷, Guipúzcoa⁶⁸⁸, o Leganés⁶⁸⁹. La mayoría son trabajos que ofrecen una visión muy general y en los cuales las terapias de choque son abordadas brevemente y siempre en el marco de unos objetivos más globales.

En el presente capítulo, nuestro objetivo es estudiar la introducción de estos nuevos tratamientos en la práctica asistencial del Manicomio de Leganés desde la finalización de la Guerra Civil hasta el año 1952 con el fin de valorar específicamente, a pesar de las limitaciones de las fuentes, los usos terapéuticos en dicha institución. Para ello hemos utilizado, una vez más, las historias clínicas pertenecientes a los pacientes que ingresaron durante ese periodo, revisando principalmente las variables clínico-terapéuticas. Analizaremos los diferentes tipos de terapias administradas a los pacientes que ingresaron en estos años y permanecieron en el manicomio el periodo que abarca nuestro estudio⁶⁹⁰.

Los porcentajes que recogemos sobre la administración de cada tratamiento tienen algunas limitaciones, ya que son datos obtenidos a través de las hojas de evolución de las historias clínicas. En este período el establecimiento no empleaba plantillas específicas de tratamientos salvo para las terapias de choque, quedando estos

⁶⁸⁴ LÓPEZ DE LERMA, J., DÍAZ GÓMEZ, M. (1991), *Historia del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos, 1881-1989*. “Un siglo de psiquiatría en España”, Madrid, Fareso, pp. 178-181 y 228-235. Una reedición un poco ampliada LÓPEZ DE LERMA, J., DÍAZ GÓMEZ, M. (2000), *Hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús, hoy complejo asistencial Benito Menni (1881-2000)*. Más de un siglo de psiquiatría, Madrid, Fareso.

⁶⁸⁵ HEIMANN, C. (2006), El manicomio de Valencia 1900-1936. En LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPE, H., *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols, orats e ignocents al convento de Jesús*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479.

⁶⁸⁶ GARCÍA CANTALAPIEDRA, M. J. (1992), *Historia del hospital psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*, Valladolid, Diputación de Valladolid, pp. 235-334.

⁶⁸⁷ AZTARAIN, J. (2005), *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Pamplona, Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.

⁶⁸⁸ MARTÍNEZ AZUMENDI, O. (2005), *Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (III)*, *Norte de Salud Mental*, 22, 72-75.

⁶⁸⁹ DELGADO, M. (1986), Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871), *Asclepio*, 1986, 38, 273-297; MOLLEJO, E. (2001), *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*, Tesis doctoral, Salamanca, Universidad de Salamanca. Esta tesis ha sido editada recientemente en: MOLLEJO APARICIO, E. (2011), *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*, Madrid, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

⁶⁹⁰ Una primera aproximación a este estudio se puede encontrar en: CONSEGLIERI, A. (2008), La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel, *Frenia*, 8, 131-160.

reflejados en el historial médico. A pesar de ello, sabemos por otra documentación anexa (cartas de facultativos, solicitudes, etc.), que determinadas opciones terapéuticas se usaban de forma más frecuente que lo constatado en los evolutivos como ocurría por ejemplo con la laborterapia.

Los datos obtenidos sobre tratamientos utilizados del total de las 615 historias clínicas consultadas, resultan diferentes según tengamos en cuenta los pacientes tratados: 173 casos, o bien el total de tratamientos administrados: 208. Esta diferencia se debe a que en algunas de las historias revisadas, aparecían varias opciones terapéuticas aplicadas a un mismo paciente. La mayoría de las veces nos referiremos al número de registros, no siendo por tanto la muestra del total de pacientes tratados (173), sino del total de tratamientos administrados (208). Excepcionalmente, para examinar las características sociodemográficas de los pacientes, utilizaremos el número de pacientes tratados (173).

Aunque en el periodo de nuestro estudio, se introdujeron las terapias de choque aludidas, otros tratamientos más tradicionales siguieron, en mayor o menor medida, aplicándose en esta institución madrileña como las medidas higiénico-dietéticas o laborterapia (no siempre referida en las historias clínicas) como analizaremos a continuación.

2. LA LABORTERAPIA. UN COMPLEMENTO TERAPEÚTICO

Si bien hay referencias a tareas laborales realizadas por enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas desde el siglo XV⁶⁹¹, la teorización sobre la laborterapia llegó cuando Herman Simon, a partir de 1918, dictó las normas científicas de la terapia⁶⁹². A lo largo de las siguientes décadas se aceptó que la organización del trabajo en los enfermos podía mejorar tanto la patología crónica como los episodios agudos de enfermedad mental, intentando así instaurarse en los nosocomios españoles⁶⁹³. Enrique

⁶⁹¹ FERNÁNDEZ DOCTOR, A. (1993b), La asistencia psiquiátrica en la Zaragoza del siglo XIX, *Psiquis*, 14, 289-300; TROPPE, H. (2011), Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia, *Frenia*, 11, 27-46.

⁶⁹² SIMON, H. (1937), *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*, Barcelona, Salvat editores. Un trabajo recientemente publicado sobre dicho tratamiento, HERNÁNDEZ, A. (2007), El tratamiento ocupacional frente a la pintura psicopatológica: Herman Simon, Emili Mira i López. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 145-159.

⁶⁹³ Se puede hallar más información relativa a este tratamiento en REY ARDID, R. (1932), Organización de la terapéutica activa en los Manicomios españoles, *VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras*, Granada, pp. 1-24.

Fernández Sanz, que había comenzado a trabajar en la institución de Leganés en 1919, publicó varios artículos sobre la importancia y necesidad de utilizar la actividad laboral con fines terapéuticos para la mejoría de los pacientes⁶⁹⁴.

Ya finalizada la contienda, Vallejo Nágera en uno de los textos psiquiátricos más consultados durante la posguerra, *Tratamientos de las enfermedades mentales*, describía diferentes modalidades de laborterapia como:

«Los trabajos manuales (trabajos domésticos, como en la cocina, despensa, lavandería y costura; trabajos agrícolas como granja, huerta, parque o jardín; manufacturas como talleres carpintería, sastrería, panadería; trabajos de construcción o albañilería), trabajos intelectuales (oficinas del hospital o auxiliares de los practicantes), (...) o las distracciones o la ocupación de los enfermos en las horas de descanso (juegos sencillos, teatro, cine)»⁶⁹⁵.

En el año 1948, Jesús Echevarría, jefe de sección del Sanatorio de mujeres de Santa Águeda en Guipúzcoa, describía que la laborterapia era un:

«Método que, aunque antiguo, le cuadra perfectamente el de moderno. Esto que parece una paradoja pudo ser verdad por ese afán de cosas nuevas que en el hombre existe, haciéndole abandonar lo que tiene entre manos, por bueno y práctico que sea y por ese otro prurito de creer que a todo método propio o extraño debe darle su visto bueno»⁶⁹⁶.

En el Manicomio de Leganés, durante los años de la Segunda República, existen referencias al tratamiento laborterápico tanto en las historias clínicas, como en otros documentos que demuestran el interés de sus facultativos en desarrollar adecuadamente la laborterapia⁶⁹⁷. En este sentido, en 1933 Aurelio Mendiguchía escribió una carta al administrador, sobre las dificultades para la implantación del trabajo como medida

⁶⁹⁴ FERNÁNDEZ SANZ, E. (1914), El trabajo como medio terapéutico en el tratamiento de las psiconeurosis, *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 104 (1323), 89-97; FERNÁNDEZ SANZ, E. (1928), Los Sanatorios-talleres en el tratamiento de las psicopatías benignas, *Archivos de Medicina Cirugía y especialidades*, 366, 725-727.

⁶⁹⁵ VALLEJO NÁGERA, A. (1940), *Tratamientos de las enfermedades mentales*, Madrid, Sucesores de Rivacheneyra, S.A., pp. 81-83.

⁶⁹⁶ ECHEVERRÍA URRUTIA, J. (1948) (2005), Excerptas de: "Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa", Editado por la Excma. Diputación de Guipúzcoa, *Norte de Salud Mental*, 22, 76-83, p. 77. (La recuperación de este texto en *Norte de Salud Mental* ha sido seleccionada y extraída por Oscar Martínez Azumendi).

⁶⁹⁷ CONSEGLIERI (2008), pp. 140-141.

terapéutica en el establecimiento, describiendo el número de enfermas a las que se les aplicaba dicha opción⁶⁹⁸.

Diez años después, Manuel Peraita mantuvo el interés por esta terapéutica y, a finales de 1944, proyectó la mejora de los talleres de laborterapia ya existentes. Mientras tanto, y hasta la conclusión de las obras, algunas facturas de 1945 dan cuenta de la actividad ocupacional que se desarrollaba en el establecimiento. En estas facturas se detallaba el material adquirido para los talleres de laborterapia que consistía en “planchas de goma, paquetes de cáñamo, cajas de cremas, cordones, carretes de hilo, barras de cera y frascos de tintura negra”, todo ello por un valor de 3066,61 pesetas⁶⁹⁹ (anexo 13). Además, en un presupuesto fechado en noviembre de 1945, se aprobaba la cantidad de 7852,49 pesetas para la obtención de material para los talleres de sastrería, carpintería y zapatería⁷⁰⁰.

«En ejecución del acuerdo del ilustrísimo señor subsecretario de este Ministerio de la Gobernación, traslado a usted a los efectos oportunos, la cuenta firme de 7852,49 pesetas, que para gastos realizados en la adquisición de materias primas y jornales para el funcionamiento de los talleres de sastrería, carpintería y zapatería; presenta la Administradora-Depositaria del Manicomio de Leganés, Sor Carmen Segura y cuyo gasto fue autorizado en 28 de agosto próximo pasado, a fin de que previo examen de esa intervención, se autorice dicho gasto y mande librar en su día y en firme dicha cantidad a nombre de la expresada Administradora-Depositaria. Dios guarde a usted muchos años. Madrid, 15 de noviembre de 1945. El Director General»⁷⁰¹.

Tras la petición de Peraita, el arquitecto de la Beneficencia realizó los planos para la construcción y mejora de estos talleres⁷⁰², donde se puede observar la distribución del edificio para laborterapia. En la planta baja estaba la sala de costura, de alfombras, ebanistería, zapatería y encuadernación y, en la primera planta, la sala de empaquetado, sastrería, alpargatería, costura y juguetería; cada una de las salas tenía su

⁶⁹⁸ “De 126 enfermas, trabajan 46. Treinta cosen la ropa de la casa, hacen encaje cuatro, flores una, ayudan a la limpieza de los departamentos con las Hermanas de la Caridad y al lavadero diez. Una se dedica a trabajos de malla”. Carta dirigida por el doctor Aurelio Mendiguchía, al Jefe Facultativo, con fecha de 12 de Julio de 1933. Ibid, p. 140.

⁶⁹⁹ Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): (08) 25.0244 / 3107.

⁷⁰⁰ Ibidem.

⁷⁰¹ Ibidem.

⁷⁰² Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): (08) 25.0244 / 2848-2.

correspondiente zona para el almacén de los utensilios⁷⁰³. Dos años más tarde, en 1947, se aprobaba la factura de las obras de ese pabellón (anexo 4):

«Examinada e informada favorablemente por la Intervención general de la administración del Estado en 9 de mayo actual, la cuenta rendida por don Manuel Martínez Chumillas, Arquitecto de la Dirección General de Beneficencia y Obras sociales, por obras de construcción de un pabellón de Talleres en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés justificativa del libramiento número 1314, hecho efectivo en 25 de octubre de 1945, se hallan conformes los documentos que la constituyen, operaciones aritméticas y cantidades ingresadas en la hacienda pública por impuestos y reintegros, que justifican por completo su importe de 497.909,98 pesetas.

En consecuencia, el Interventor que suscribe no ve inconveniente en su aprobación y que sea remitida a la Ordenación de Pagos para su incorporación al libramiento de referencia. Madrid, 16 de mayo de 1947. El Interventor Delegado»⁷⁰⁴.

Ese mismo año, Peraita fundaba el pabellón de laborterapia con las secciones señaladas (carpintería, sastrería, juguetería, confección de alpargatas de cáñamo, granja y labores agrícolas, entre otras)⁷⁰⁵. Estas últimas se desarrollaban en la huerta del establecimiento⁷⁰⁶.

A pesar de que sólo hemos localizado dos referencias al tratamiento laborterápico en las historias clínicas correspondientes a este periodo, sin duda los citados documentos nos llevan a confirmar que un mayor número de pacientes asilados en Leganés participaban en estos talleres⁷⁰⁷. Documentos como el escrito por una paciente, encontrado en su historia clínica, y ya descrito en el capítulo de diagnósticos

⁷⁰³ Ibidem.

⁷⁰⁴ Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): códigos de referencias (08) 21 44/3108.

⁷⁰⁵ GIMENO ÁLAVA, A. (1986), Neurología de ayer, Manuel Peraita Peraita (1908-1950), *Revista Española de Neurología*, 1, 41-48.

⁷⁰⁶ *Estudio arquitectónico del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés* (1986), CAM, Dirección General de Medio Ambiente y Patrimonio Arquitectónico MARC: 52019626. p. 25. RODRÍGUEZ-TORICES, M. A. (1998), *Rehabilitación del Hospital Santa Isabel (Psiquiátrico José Germain)*. Leganés. Madrid, Madrid, Servicio Regional de Salud, Comunidad de Madrid, p. 19.

⁷⁰⁷ No es la primera vez que se registran discordancias entre los registros clínicos y otra documentación en el empleo de la laborterapia en la institución. Durante la Segunda República tan sólo se registraron seis historias clínicas que mostraban su uso, mientras la carta de Mendiguchía, antes señalada, confirmaba la aplicación a un mayor número de pacientes. TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007a), La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 329-345, 342; CONSEGLIERI (2008), pp. 139-140.

(capítulo III), relataba cómo acudía al taller de costura diariamente durante su estancia en el hospital⁷⁰⁸.

«(...)Y voy por el pasillo siempre del costurero al comedor del comedor al *costurero* pero sin dar un tropezón. D. Manuel ¡ay!, D. Aurelio que me lo traigan por favor, yo quiero ver a mi marido que se me parte el corazón ¡ay! D. Aurelio que me lo traigan de Madrid pero en un taxi y con loqueros lo mismo que él me trajo a mí (...)»⁷⁰⁹.

3. HIDROTERAPIA Y MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

La práctica de la hidroterapia fue una medida muy extendida en las instituciones psiquiátricas europeas y que atrajo también el interés de los psiquiatras españoles desde el siglo XIX⁷¹⁰. En los años veinte, entre otros, Enrique Fernández Sanz que ejercía en el Manicomio Nacional, abordó en varios trabajos la hidroterapia como medida terapéutica para enfermos mentales⁷¹¹.

En la inmediata posguerra Vallejo Nágera mantenía un apartado dedicado a los métodos hidroterápicos en su obra *Tratamientos de las enfermedades mentales*: “consistían en baños simples, baños frío prolongados, baños calientes prolongados, baños de inmersión por sorpresa, baños por aspersion, las duchas con agua fría o caliente o chorro a presión, las afusiones, la envoltura húmeda sábana termógena o envoltura de Kraepelin”⁷¹².

Su aplicación en el Manicomio de Leganés desde 1931 fue muy escasa o, al menos, apenas está referida en las historias clínicas. Durante la Segunda República se limitó a dos casos⁷¹³, y posteriormente tan sólo figuró un caso en la posguerra. Un varón de 17 años con oligofrenia que ingresó en 1940 en el pabellón de beneficencia y recibió dos años después, “balneación templada”, según constaba en el evolutivo de su historia.

⁷⁰⁸ No hemos encontrado datos que puedan asegurar que las mercancías derivadas del trabajo de los pacientes repercutieran en la “economía” de la institución, ya fuese vendiéndose los productos o sirviendo para autoabastecer al establecimiento.

⁷⁰⁹ Historia clínica 1433. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷¹⁰ POSTEL, J., QUETEL, C. (Compil.) (1993), *Historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica; HUERTAS, R. (2004), *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, pp. 201-227.

⁷¹¹ El neuropsiquiatra otorgaba un lugar destacado a las medidas psicoterapéuticas y a los agentes físicos, señalando que los remedios farmacológicos, aunque útiles, “habrán de ser siempre muy discretamente empleados, reducidos a una misión episódica y completamente secundarios”. FERNÁNDEZ SANZ, E. (1920), La hidroterapia en las psiconeurosis, *Siglo Médico*, 67, 449-451; FERNÁNDEZ SANZ, E. (1926), El aislamiento y la reclusión de los enfermos neuróticos y psiconeuróticos, *Siglo Médico*, 3811, 621-624.

⁷¹² VALLEJO NÁGERA (1940), pp. 140-141.

⁷¹³ CONSEGLIERI (2008), p. 144.

La indicación terapéutica se completaba con “Luminal y bromuro, nada de alcohol, café ni condimentos en comidas” ⁷¹⁴. La aparición de las nuevas técnicas de choque, probablemente motivó el declive de los métodos hidroterapéuticos en esta década ⁷¹⁵.

Las medidas higiénicas y dietéticas fueron aplicadas en mayor proporción durante el período 1931-1936, descendiendo durante la guerra y figurando tan sólo seis indicaciones en las historias clínicas de posguerra ⁷¹⁶. En ninguno de estos casos se administraron de forma aislada, sino que eran medidas acompañantes de otras técnicas, concretamente de piretoterapia, cardiazolterapia y farmacoterapia. Las medidas higiénico-dietéticas abarcaban diversas opciones que iban desde la convivencia con enfermos tranquilos y reposo en cama o clinoterapia, hasta la retirada de bebidas excitantes como el café, vino o té.

La escasez de registros de este tipo de tratamiento podría ser el reflejo de la precariedad económica y de la dificultad de aprovisionamiento alimenticio que sufría el país en esa época ⁷¹⁷. Recordemos que, si bien en el Reglamento Interno del Manicomio de Leganés de 1885 se recogían diferencias en lo relativo al vestido y a la ración alimentaria entre pensionistas, y pacientes de beneficencia ⁷¹⁸, esta distinción no se contemplaba en el Reglamento de 1941 ⁷¹⁹.

En el Manicomio de Leganés, hemos encontrado un informe del jefe facultativo que expresaba su preocupación por el tipo de alimentación que recibían los asilados. Peraita, en 1944, tan sólo varios meses después de ocupar su cargo, envió una carta al Director General de Beneficencia citando un estudio dietético realizado por Grande Covián ⁷²⁰. En la petición, Peraita pretendía mejorar las raciones de alimentos,

⁷¹⁴ Historia clínica 1244. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷¹⁵ CONSEGLIERI (2008), p. 145.

⁷¹⁶ Ibid, p. 142.

⁷¹⁷ Para un mayor análisis de la alimentación durante la guerra e inmediata posguerra se puede consultar DEL CURA, I., HUERTAS, R. (2007), *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947*, Madrid, CSIC.

⁷¹⁸ “Art. 80. El desayuno de los pobres será de sopa, salvo las excepciones que acuerde el Jefe facultativo. El de los pensionistas será chocolate hecho con una pastilla de 28 gramos, o café con leche o tostada hecha con manteca o sin ella, según prescriba el Médico. Art. 81. La comida de los pobres consistirá en cocido con garbanzos, carne, tocino y patatas o verduras. La de pensionistas de primera clase es igual en cocido, dos principios y dos postres; y las de segunda es igual en cocido, un principio y un postre. Art. 82. La cena para los pobres consistirá en guisado con patatas o legumbres, y la de los pensionistas en el mismo guisado, otro plato fuerte, un postre y ensalada”. En: *Gaceta de Madrid*, 15 de mayo de 1885, 135, pp. 447-450.

⁷¹⁹ *Boletín Oficial del Estado*, 3 de noviembre de 1941, 311, pp. 8697-8701.

⁷²⁰ Pensamos que el estudio al que Peraita se refiere es el trabajo que realizó Grande Covián sobre la alimentación administrada a la población civil de Madrid durante la Guerra Civil, en el cual entre otros aspectos, analizaba las cantidades calóricas requeridas para la población que se hallaba desempeñando alguna actividad laboral, GRANDE COVIÁN, F. (1939), *La alimentación en Madrid durante la Guerra. (Estudio de la dieta suministrada a la población civil madrileña durante diecinueve meses de guerra:*

solicitando mayor cantidad para los internos que desempeñaban trabajos especiales en los talleres⁷²¹.

«Manicomio de Santa Isabel de Leganés- Director Facultativo.

De acuerdo con lo dispuesto por V. I. al objeto de mejorar la ración alimenticia a los enfermos ingresados en este Manicomio, envío a V. I. adjunto informe que contiene las nuevas minutas así como un somero estudio de las mismas desde el punto de vista dietético. Dicho estudio ha sido efectuado por el Dr. Grande Covián, Jefe de la Sección de Fisiología del Instituto de Investigaciones Medicas que dirige el profesor Jiménez Díaz.

Como V. I. apreciar se han calculado las raciones para enfermos adultos que no se encuentren sometidos a un trabajo muscular especial y así mismo, se han previsto raciones superiores para aquellos pacientes que deban encargarse de trabajos más o menos rudos (trabajos en talleres, faenas agrícolas, etc.). Siguiendo sus instrucciones he entregado una copia de las minutas a la superiora administradora de este manicomio con el fin de que proceda a la estimación económica de las mismas. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid 7 de diciembre de 1944»⁷²².

4. EL DECLIVE DE LA PIRETOTERAPIA

De las nuevas terapéuticas somáticas que surgieron en las primeras décadas del siglo XX, la más emblemática fue la malarioterapia como tratamiento de la parálisis general progresiva (sífilis parenquimatosa cerebral o último estadio de la sífilis) propuesta por Wagner-Jauregg⁷²³. Este médico austriaco, planteó la inoculación de diversos agentes que provocaban picos febriles en pacientes psicóticos, observando que algunos de ellos se curaban después del proceso febril. El método, que consistía en la inoculación de sangre infectada de malaria en pacientes diagnosticados de parálisis general progresiva para provocar fiebres recurrentes fue, en 1918, indicado también para la demencia precoz.

Las impaludizaciones, masivas en algunas instituciones vienesas, tuvieron escasa asimilación en España⁷²⁴, salvo en algunos establecimientos como el Manicomio de Ciempozuelos donde se realizaron numerosas terapias administrando sangre de

Agosto 1937 a febrero de 1939), Madrid, Publicaciones de la Revista de Sanidad e Higiene Pública, pp. 31-32. Esta investigación es abordada ampliamente en DEL CURA, HUERTAS (2007), pp. 45-61.

⁷²¹ No fue el único establecimiento psiquiátrico en el que se diferenciaban las cantidades alimenticias en función a la laborterapia realizada por los pacientes. HEIMANN (2006), pp. 464-467.

⁷²² *Jefatura facultativa* "oficios del ministerio de gobernación". Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷²³ BROWN (2000), pp. 371-382.

⁷²⁴ VILLASANTE (2003b), pp. 175-188.

enfermos de malaria⁷²⁵. En el Manicomio de Leganés la malarioterapia fue empleada en tan sólo dos casos durante los ingresos de la Segunda República⁷²⁶, y en las historias de la posguerra, tan sólo se registró un diagnóstico de PGP al cual se aplicó malarioterapia si bien no existe una descripción de su evolución durante el tratamiento. Se trataba de una mujer soltera de 29 años que ingresó en febrero de 1945 como pensionista de segunda clase aunque durante su estancia cambió al departamento de beneficencia. Diagnosticada de parálisis general infantil y epilepsia, estaba recibiendo malarioterapia y luminal, falleciendo de un ataque convulsivo en 1947⁷²⁷. Resulta sorprendente que el hecho de que tratándose de una técnica tan arriesgada no hayamos encontrado ninguna alusión a medidas de seguridad específicas como el aislamiento de los pacientes inoculados, estrecha vigilancia médica o la dosis de quinina y el día que dicha prescripción se realizaba⁷²⁸.

Paralelamente a las impaludizaciones se estaban utilizando otros métodos piretoterápicos⁷²⁹, que trataban de transformar un proceso tórpido, insidioso y crónico, en otro agudo que pudiera mejorar y remitir. Estas alternativas terapéuticas tenían como objetivo inducir fiebre con diferentes tipos de sustancias, solas o en combinación (neomicina, neofloetán, neosaprovitán, bismuto, Sulfosin Leo) en los pacientes psiquiátricos para obtener una mejoría de la psicopatología tras los picos febriles⁷³⁰. Entre los agentes de origen químico empleados en estados de agitación psicomotriz, se encontraban los abscesos de fijación. Estos consistían en una inyección subcutánea de 0,5 a 2 c.c de trementina, en la región glútea que producía una reacción general de

⁷²⁵ Puede consultarse la experiencia en: VALLEJO NÁGERA, A., GONZÁLEZ PINTO, R. (1927), *Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia en la Parálisis General progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro. También en LÓPEZ DE LERMA, DÍAZ (1991).

⁷²⁶ CONSEGLIERI (2008), p. 147.

⁷²⁷ Historia clínica 1456. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷²⁸ VILLASANTE, O. (2002b), La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España, *SISO/SAUDE*, 37, 101-117.

⁷²⁹ Estos métodos piretoterápicos fueron aplicados durante las primeras décadas del siglo y generaron un aumento de la literatura psiquiátrica. Por citar sólo algunos artículos de médicos españoles, VALLEJO NÁGERA, A. (1928a), Valor curativo de la piretoterapia en las esquizofrenias, *Medicina Ibero*, 22, 57-60; VALLEJO NÁGERA, A. (1928b), Piretoterapia de la demencia precoz, *Siglo médico*, 83, 778-781; VALLEJO NÁGERA, A., ÁLVAREZ NOUVILLAS, P. (1928), Piretoterapia en la alucinosis esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 8 (6), 273-288; VILLACIAN REBOLLO, J. M^a. (1929), Piretoterapia por vacuna, *Medicina Ibero*, 23, 97-99. Sobre las Paludizaciones aparecen textos como: ÁLVAREZ SAINZ DE AJA, E., BERTOLOTY RAMÍREZ, R. (1930), La inoculación de paludismo en la parálisis general progresiva. Método de Wagner von Jauregg, *Medicina Ibero*, 24, 473-483; VALLEJO NÁGERA, A., GONZÁLEZ PINTO, R. (1930), Paludización terapéutica en pacientes epilépticos, *Archivos de Neurobiología*, 10 (1), 138-146.

⁷³⁰ PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL, J. (1931), *La piretoterapia no malárica en diversas formas de esquizofrenia: estudio de las reacciones de la microglía a variados agentes piretoterápicos*, Tesis doctoral, Santiago, Tip. Faro de Vigo.

hiperpirexia, leucocitosis, aumento de VSG, intenso dolor e impotencia funcional que causaban que el enfermo permaneciese tranquilo.

En el Manicomio de Leganés, los facultativos Aurelio Mendiguchía, Enrique Fernández Méndez y Antonio Martín Vegué publicaron un artículo en 1930 sobre dichos tratamientos⁷³¹. En este trabajo describían ocho pacientes (seis hombres y dos mujeres), seis de ellos diagnosticados de demencia precoz y dos de parálisis general progresiva, a quienes se aplicó sulfosina por vía intramuscular como tratamiento. El Sulfosin, era un aceite azufrado estéril que se inyectaba generalmente de 8 a 10 veces espaciadas entre sí varios días, comenzándose con una dosis de 1 cc que se incrementaba 1cc progresivamente hasta alcanzar generalmente los 10 cc y temperaturas de 40°C.

Estos métodos piritoterápicos fueron aplicados a doce pacientes en la década de los cuarenta en Leganés provocándoles fiebre con abscesos de fijación mediante esencia de trementina, morfina, escopolamina, porfirina inyectable o tintura de opio en gotas⁷³². En cinco de los doce casos citados, la administración de dichas sustancias no se acompañó de ninguna otra alternativa terapéutica, sin embargo a tres pacientes se les aplicaron conjuntamente medidas higiénico-dietéticas, y los restantes recibieron posteriormente terapia con electrochoque. De los doce casos, tres estaban diagnosticados de sífilis, uno de psicosis maniaco-depresiva, otro de oligofrenia, otro de psicopatía y los restantes de esquizofrenia.

En otros manicomios, como el de Navarra, se siguió empleando la malarioterapia hasta 1947, momento en que se iniciaron los tratamientos de la sífilis con penicilina y progresivamente la parálisis general fue disminuyendo su incidencia⁷³³. En el Hospital Psiquiátrico de Valladolid, donde su director Villacián había utilizado la malarioterapia desde los años treinta, aún se realizaron impaludizaciones asociadas a la penicilina en 1950⁷³⁴. La fecha de introducción del tratamiento antibiótico, como veremos, fue más precoz en Leganés que en las instituciones mencionadas.

⁷³¹ MENDIGUCHÍA, A., MARTÍN-VEGUÉ, A., FERNÁNDEZ MÉNDEZ, E. (1930), La piritoterapia con el azufre en el tratamiento de la psicosis, *Medicina Ibero*, 24, 205-207.

⁷³² Datos similares se pueden encontrar en la tesis: CRESPILO CALLEJA, J. M. (1986), *El fármaco como alternativa terapéutica de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés, durante el primer siglo de actividad asistencial: 1852-1951*, Tesis doctoral, Universidad Alcalá de Henares, pp. 413 y 449.

⁷³³ AZTARAIN (2005), p. 197.

⁷³⁴ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), p. 324.

5. LOS PRIMEROS TRATAMIENTOS DE PENICILINA

La piretoterapia, y en concreto la malarioterapia⁷³⁵, que había sido el tratamiento más novedoso para la parálisis general progresiva en los años treinta, entró en franco declive cuando la penicilina se fue instaurando como terapia de elección para la sífilis parenquimatosa cerebral a partir de la segunda mitad de los cuarenta. La administración de 6 a 12 millones de unidades de penicilina propuesta por la *American Academy of Dermatology* en 1951 para todo tipo de neurosífilis⁷³⁶, llevó a la desaparición prácticamente total de la malarioterapia⁷³⁷. Este declive ha podido apreciarse también en la institución de Leganés, donde paralelamente a la disminución del uso de los métodos piretoterápicos para los sifilíticos, se introdujo la penicilina intrarraquídea, administrada a seis pacientes.

El primer caso de antibioterapia por vía raquídea en Leganés, fue el de un paciente varón y soltero de 26 años de edad, que ingresó en 1945, con un diagnóstico de parálisis general juvenil y tratado con penicilina intrarraquídea por Peraíta y Fernández-Sanz Méndez en octubre de ese mismo año⁷³⁸. Este caso fue el publicado, en 1946, bajo el título “Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquídea de penicilina” en la *Revista Clínica Española*⁷³⁹, publicación a la que ya nos hemos referido en el capítulo de diagnósticos. En ese trabajo, los autores comunicaban los resultados obtenidos del paciente afecto de parálisis general juvenil con un cuadro de demencia grave, al que le habían efectuado previamente una impaludización. Tras el fracaso de esta terapia, le administraron durante siete días, ciento veinte mil unidades de penicilina por vía intrarraquídea junto a quince mil unidades por vía intramuscular cada cuatro horas, tratamiento que, según sus autores, quedó inconcluso porque no existía penicilina disponible:

⁷³⁵ Sobre la introducción de dicho tratamiento en España, véase VILLASANTE (2002b), pp. 101-117.

⁷³⁶ Sobre la sífilis se puede consultar QUÉTEL, C. (1990), *History of Syphilis*, Oxford, Polity Press.

⁷³⁷ En España las primeras penicilinas se obtuvieron en los laboratorios a partir de 1945 y, en 1948, se concede en España la licencia de fabricación de penicilina. La primera mención de la penicilina en *Actas Dermo-Sifiliográficas* es de marzo de 1945, y en ese mismo número se relata el tratamiento de un paciente tratado en 1944 con penicilina intramuscular, también se puede consultar diversos trabajos de Xabier Vilanova, catedrático de Dermatología de Valencia. Véase VILANOVA, X. (1946), El tratamiento de la penicilina por la sífilis, *Actas Dermo sifiliográficas*, 38, 221-69; GAY PRIETO, J., LÓPEZ VILLAFUERTE, A., PASCUAL SANTAMERA, A., ORUSCO HERNANDO, M. (1955), Tratamiento de la sífilis con penicilinas retardadas, *Actas Dermo sifiliográficas*, 46, 555-561.

⁷³⁸ Historia clínica 1480. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷³⁹ PERAITA, M., FERNÁNDEZ-SANZ MÉNDEZ, A. (1946), Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquídea de penicilina, *Revista Clínica Española*, 2 (20), 2, 144-145.

«(...) durante este tiempo el cuadro clínico no ha experimentado ninguna modificación esencial (...) de todas maneras, la observación del caso no ha concluido...y no debemos olvidar que por falta de penicilina nos fue imposible completar el tratamiento con el segundo ciclo que prescribe GOLDMANN (sic)...»⁷⁴⁰.

Peraita y Fernández-Sanz Méndez, concluyeron que tras la administración de un ciclo de tratamiento, las alteraciones del LCR desaparecían pero el cuadro clínico no sufrió modificación alguna⁷⁴¹. Durante el tiempo de administración del tratamiento en el citado paciente, Peraita solicitó más cantidad de penicilina al Director General de Sanidad.

«Ruego por el presente entregue a doña Carmen De Mesa farmacéutica de este establecimiento, un millón de unidades de insulina para un enfermo paralítico juvenil recluido en este establecimiento, en cuyo empleo esperamos tener una gran mejoría. Dios guarde a usted muchos años, 8 de octubre de 1945. Firmado Manuel Peraita al Señor Doctor Perianes, Director General de Sanidad, Madrid»⁷⁴².

Desconocemos si la penicilina fue administrada más tarde, pero el paciente falleció un año después por una bronconeumonía⁷⁴³. Sin duda, el abastecimiento de penicilina fue deficiente y en la posguerra los facultativos no dispusieron de ella en cantidades suficientes⁷⁴⁴.

⁷⁴⁰ El método Goldmann consistía en administrar a los enfermos durante seis días 100.000 unidades de penicilina, inyectando ésta en el espacio subaracnoideo, a razón de dos días a 10.000 unidades y cuatro días a 20.000 unidades. En estos seis días el paciente recibía además, cada cuatro horas de 20.000 a 25.000 unidades por vía intramuscular. En este primer ciclo, se administraban unas 900.000 unidades, incluyendo las inyectadas en el espacio subaracnoideo. Transcurrido un mes del primer ciclo, el enfermo recibía un millón de unidades (por vía intramuscular), de manera que la dosis administrada en total asciende a un millón novecientos mil unidades. Goldmann analizaba el LCR de sus enfermos diariamente durante el periodo de inyecciones endolumbares y repetía el análisis a los siete, treinta y noventa días de finalizar la cura. PERAITA, M. (1946c), *Acerca del tratamiento de la parálisis general progresiva*, según el método de D. Goldmann, *Revista Clínica Española*, 2 (33), 3, 227-237.

⁷⁴¹ PERAITA, FERNÁNDEZ-SANZ MÉNDEZ (1946), p. 145

⁷⁴² A través de este documento podemos leer como el establecimiento de Leganés en el año 1945 contaba con una farmacéutica que desempeñaba su labor en la institución. Desconocemos si dicha trabajadora formaba parte del personal facultativo de la institución o bien era una farmacéutica establecida en el municipio de Leganés. Según la información aportada por Crespillo, que analiza un periodo comprendido desde la apertura del establecimiento hasta 1952, no había un farmacéutico entre el personal facultativo de la institución de Leganés. CRESPILO CALLEJA (1986), pp.38-39.

⁷⁴³ Historia clínica 1480. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁴⁴ La dificultad para obtener la penicilina durante los años de posguerra llevó a utilizar métodos que la recuperaban de la orina de los pacientes tratados para reutilizarla. VILANOVA (1946), pp. 221-69; GAY PRIETO, LÓPEZ VILLAFUERTE, PASCUAL SANTAMERA, ORUSCO HERNANDO (1955), pp. 555-561.

Meses después, Peraita publicó en la misma revista dos nuevos casos de parálisis general progresiva tratados con penicilina subaracnoidea e intramuscular. Precisamente su intención fue la de un cuestionamiento de los resultados previos, ya que en esta ocasión concluía que, tanto a los tres como a los seis meses posteriores al tratamiento, ni las alteraciones de LCR, ni el cuadro psíquico mostraron ninguna modificación⁷⁴⁵.

6. EL EMPLEO DE LOS BARBITÚRICOS EN LA INSTITUCIÓN

Los tratamientos farmacológicos utilizados para la sedación de los pacientes, previamente a la entrada de los barbitúricos en el mercado, fueron los Bromuros. Estas sales debían ser administradas combinadas con potasio o sodio y su eficacia principal fue en la epilepsia histérica y en la adicción a morfina y cocaína; no obstante, fueron paulatinamente desterrados por su toxicidad con la introducción de los barbitúricos⁷⁴⁶.

En 1903, Joseph von Mering y Emil Fischer habían obtenido el ácido dietilbarbitúrico o veronal que fue el primer hipnótico de esta familia, introducido en el mercado a principios de siglo como sedante⁷⁴⁷. A partir de él, y debido a su elevada toxicidad, se realizaron diversas modificaciones químicas, sintetizando, entre otros, en 1912 el fenobarbital o Luminal (al sustituir un grupo etílico por un radical fenilo), sustancias que se usaron ampliamente en los años treinta y que han permanecido hasta nuestros días⁷⁴⁸. En 1922, Jacob Kläsi introdujo el Somnifene para el tratamiento de la esquizofrenia⁷⁴⁹, sin embargo, la primera intención fue la de provocar sueño en los pacientes esquizofrénicos para una relación mejor con el médico y poder así iniciar un tratamiento psicoterapéutico⁷⁵⁰. En los años treinta, estas terapias de sueño prolongado

⁷⁴⁵ PERAITA (1946), pp. 227-237.

⁷⁴⁶ Aunque presentaban la desventaja que su dosis tóxica estaba muy cercana a la dosis terapéutica, se introdujeron rápidamente en los establecimientos manicomiales debido a motivos económicos. Sobre este tipo de tratamientos se puede consultar: SHORTER, E. A. (1997), *History of Psychiatry. From the era of the Asylum to the age of Prozac*, USA, John Wiley & Sons, Inc. o la traducción española, SHORTER, E. (1999), *Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina*, Barcelona, J & C, Ediciones Médicas, S.L., pp. 201-203.

⁷⁴⁷ MUÑOZ, S. (2006), El psicofármaco en el periodo contemporáneo. En LÓPEZ-MUÑOZ, F., ALAMO, C., (directores) *Historia de la psicofarmacología*, Madrid, Panamericana edit., pp. 131-177.

⁷⁴⁸ El Luminal fue utilizado en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Turín, en 1915, por Giuseppe Epifanio para lo que él denominó hipnosis farmacológica, un antecedente de las “curas de sueño”. Ibidem.

⁷⁴⁹ Este compuesto era una combinación de barbitúricos completamente solubles que contenían dietil dipropenilbarbitúrico de dietilamina, y que se absorbía y eliminaba rápidamente produciendo menos toxicidad que los previamente empleados.

⁷⁵⁰ En los años veinte se entabló una polémica sobre la narcosis prolongada en las páginas de la *Medicina Ibero*, con planteamientos a favor y contrarios al uso de dicha técnica entre Rodríguez Lafora y Villaverde Larrar. RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1924c), Sobre la narcosis prolongada por el Somnifene

inducidas por barbitúricos y utilizadas básicamente para la sedación y el control comportamental, ocuparon un lugar preferente, destacando el ya citado Veronal⁷⁵¹.

En el Manicomio de Leganés la administración de tratamientos con fines sedativos ocupó un lugar significativo dentro de las diversas terapias empleadas⁷⁵². En las historias clínicas del primer tercio del siglo XX, se encuentran sustancias como el hidrato de cloral, diversos tipos de bromuros y Luminal, cuyo fin era tranquilizar a los pacientes⁷⁵³. Durante la Guerra Civil se emplearon muy pocos tratamientos y el Luminal fue administrado a dos pacientes epilépticos⁷⁵⁴.

En la posguerra las terapias farmacológicas sedativas fueron administradas a un total de 38 pacientes, de los que 33 no recibieron ninguna otra medida adicional. Los fármacos más utilizados fueron el Bromuro potásico y el Luminal, tanto en administración conjunta como por separado, siendo los casos diagnosticados de Epilepsia Genuina los que con más frecuencia recibían estos compuestos⁷⁵⁵. Generalmente la descripción de su empleo se reflejaba de forma escueta, en los evolutivos de la historia clínica, anotando el tratamiento como se indica: “1940: Bromuro 1 gramo por día y Luminal 10 centrígramos por día”⁷⁵⁶. En otras historias clínicas no se especificaba ni siquiera la dosis de tratamiento: “junio 1941: Bromuro y luminal”⁷⁵⁷, o tan sólo se hallaba una breve nota (ni fecha exacta, ni dosis), como la siguiente: “1940: Bromuro y Luminal”⁷⁵⁸.

en psiquiatría, *Medicina Ibero*, 18 (2), 1157-1159; RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1924d), La terapéutica por el sueño prolongado en psiquiatría, *Medicina Ibero*, 18 (2), 1061-1063, p. 1061; VILLAYERDE Y LARRAZ, J. M. (1924), La narcosis continua de Klassi y sus aplicaciones terapéuticas, *Medicina Ibero*, 18, 1052-56; VILLAYERDE Y LARRAZ, J. M. (1925), Sobre la narcosis continua por el Somnifene en psiquiatría, *Medicina Ibero*, 19, 53-58. Sobre Rodríguez Lafora, se puede leer: LÓPEZ-MUÑOZ, F., MOLINA, J., ÁLAMO, C. (2009), La terapéutica farmacológica de los trastornos mentales en la obra de Gonzalo R. Lafora, *Frenia*, 9, 71-96. Acerca de Villaverde: VILLASANTE ARMAS, O., REY GONZÁLEZ, A., MARTÍ BOSCA, J. V. (2008), José María Villaverde: un retrato desconocido, *Medicina e Historia*, 1, cuarta época, 3, 1-16.

⁷⁵¹ MUÑOZ (2006), pp. 131-177.

⁷⁵² CRESPILO (1986); MOLLEJO, E., DEL CURA, M., HUERTAS, R. (2004), La práctica clínica en el manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas. En VV.AA., *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Murcia, Universidad de Castilla la Mancha, pp.149-162.

⁷⁵³ VILLASANTE, O., CANDELA, R. (2008), El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. Ponencia presentada en el *VIII Coloquio de REDAM: Historia, cultura, sociedad y locura*, Tarragona.

⁷⁵⁴ CONSEGLIERI (2008), p. 151.

⁷⁵⁵ CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O., DEL CURA, I. (2007), El manicomio nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales”. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 555-568.

⁷⁵⁶ Historias clínica 1226. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁵⁷ Historias clínica 1246. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁵⁸ Historias clínica 1252. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Tratamientos farmacológicos (administrados con/sin otra medida adicional)	Hombre	Mujer	Total
Luminal	3	2	5
Yoduro/bromuro potásico	3	1	4
Luminal + bromuro	8	3	11
Epilantin ⁷⁵⁹	4	0	4
Sedantes inespecíficos	2	6	8
Penicilina intrarraquídea	6	0	6
Total	26	12	38

Tabla 1. Tipos de tratamientos farmacológicos en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

7. LAS TERAPIAS DE CHOQUE

Las medidas terapéuticas más frecuentes en el Manicomio de Leganés en el periodo estudiado, además de los tratamientos farmacológicos, fueron las terapias de choque como el choque cardiazólico y el coma insulínico, si bien estos últimos comenzaron a decaer con la aparición del electrochoque, como veremos a continuación. De hecho, la opción terapéutica más utilizada de las ofrecidas en el establecimiento fue el electrochoque, tanto aisladamente como en combinación con la técnica de Sakel.

Sin duda estas medidas terapéuticas también se aplicaron en otros establecimientos psiquiátricos del país aunque, aún persiste una laguna historiográfica sobre la utilización concreta de estos tratamientos en la mayor parte de las instituciones durante la posguerra. Hemos recogido datos aislados en instituciones como el Manicomio de Navarra, el Sanatorio de mujeres de Santa Águeda en Guipúzcoa, el Hospital Psiquiátrico de Valladolid y el Manicomio de Ciempozuelos, no obstante, no podemos hacer estudios comparativos con las instituciones señaladas porque son trabajos generales en los que los tratamientos no están registrados anualmente.

⁷⁵⁹ El epilantin es un barbitúrico (ácido fenil etil barbitúrico) que se administró en el Manicomio de Leganés en cuatro casos desde 1945 hasta 1951. Este dato también se puede leer en CRESPILO (1986), p. 332.

7.1. Choque cardiazólico

Uno de los acontecimientos relevantes en el campo de la terapéutica en los años treinta se produjo con el psiquiatra Ladislaus Joseph von Meduna (1896-1964), al observar, en 1934, los hallazgos anatomopatológicos que el cerebro sufría al intoxicarse con alcanfor o saturnismo⁷⁶⁰. Observó que la esquizofrenia mejoraba en pacientes diagnosticados de epilepsia cuando presentaban cuadros convulsivos y, en 1937, este psiquiatra húngaro amplió sus estudios con pacientes diagnosticados de psicosis maniaco depresivas. Sin embargo, el alcanfor tenía el inconveniente de provocar vómitos y dolores musculares en los pacientes tratados, por lo que tras experimentar con varias sustancias, se decidió finalmente por el uso del cardiazol. La administración de dicha sustancia consistía en una dosis de 1 cc de solución al 10% por Kg. hasta un máximo de 3 g. inyectado en vía endovenosa rápida, sin superar las 20 o 30 aplicaciones. Estos choques cardiazólicos se utilizaron fundamentalmente en la década de los cuarenta junto con el coma insulínico, el electrochoque y la leucotomía, que luego detallaremos⁷⁶¹. Durante los primeros años de esta década se multiplicó la literatura dedicada a estas alternativas terapéuticas, a veces con descripciones de la cardiazolterapia⁷⁶², y otras veces con trabajos comparativos tras la administración conjunta de otras terapias de choque⁷⁶³.

Gran parte de los trabajos españoles, casi todos publicados en *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, consistían en mostrar los resultados y la efectividad del tratamiento, si bien, argumentaban que se precisaban muestras más amplias y mayor tiempo de observación de resultados para confirmar las mejorías y remisiones. En los trabajos presentaban series de casos sometidos a dicho tratamiento, como los resultados publicados por Villacian, después de un primer año de 35 enfermos tratados con

⁷⁶⁰ FINK (1984), pp. 1034-1041.

⁷⁶¹ JESSNER, L., RYAN, V. G., SOLOMON, H. C. (1941), *Shock treatment in psychiatry: a manual*, New York, Grune & Stratton Incorporated.

⁷⁶² SABATER, A. (1940), Sobre la erotización por el cardiazol, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 241-242; MASA DOMINGO, C. (1941), Correlaciones fisiopatológicas en la cardiazolterapia convulsionante, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 181-200; CORDOBA, J., MARTI GRANELL, A., PIGEM, J. M. (1942), Crítica de los resultados de la cardiazolterapia en la psicosis, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 278-280.

⁷⁶³ GONZÁLEZ PINTO RODRIGO., FERNÁNDEZ VILLANUEVA, L., OLANO LLEREGUI, V., IZAGUA GOICOECHEAUNDIA, L., PAREDES, N. (1942), Nuestra experiencia en el empleo del cardiazol y de la insulina en las psicosis, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 203-9; MARCO MERENCIANO, F. (1942b), Estudio comparado de las esquizofrenias por el cardiazol y el electrochoque, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 214-216; VILLACIAN REBOLLO, J. M., PÉREZ GARCÍA, A., CORRAL, L. M., GALLEGU, M. (1942), Resultados comparativos del tratamiento de la psicosis de la insulina con el cardiazol, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 198-203.

cardiazol, en el Manicomio Provincial de Valladolid en 1938⁷⁶⁴. Del mismo modo los facultativos del Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén describieron el uso del cardiazol en más de un centenar de pacientes durante un año y medio de tratamiento⁷⁶⁵.

La revisión de las historias clínicas del Manicomio de Leganés, muestra que el tratamiento fue aplicado en los pacientes nuevos que ingresaron a partir de 1940, exceptuando un paciente que estaba ingresado desde 1934, y al que se le administró cardiazol en años posteriores⁷⁶⁶. Del total de los 208 registros de tratamientos empleados, 15 de ellos recibieron terapia con choque cardiazólico⁷⁶⁷. Nueve de ellos de manera aislada y otros seis conjuntamente (tres con electrochoque, uno electrochoque y sakel, otro con sakel y uno junto a medidas higiénico dietéticas). En su mayor parte eran internos diagnosticados de esquizofrenia, sin diferencias entre tratamientos en función del sexo (ocho varones y siete mujeres).

En el Sanatorio de mujeres de Santa Águeda en Guipúzcoa, el cardiazol se empleó en el 5,7% de las pacientes guipuzcoanas, cifras cercanas a las nuestras que fueron del 7%. En el Hospital Psiquiátrico de Valladolid, García Cantalapiedra destaca que, en la década de los cuarenta, se aplicó cardiazol, si bien no especifica su frecuencia⁷⁶⁸.

En el Manicomio de Leganés, era habitual anotar en el evolutivo de la historia clínica la administración de cardiazol, sin que existiese ninguna plantilla donde se recogiera el modo de empleo. La pauta que se empleaba, entre 20-30 aplicaciones, era descrita de manera escueta, como podemos apreciar en el siguiente ejemplo: “administración de cardiazol cada tres días, 22 inyecciones. Sin mejoría”⁷⁶⁹, pero, incluso en algún otro caso ni siquiera se establecía la frecuencia ni la fecha exacta: “entre abril y junio de 1942: cardiazol”⁷⁷⁰.

No hemos encontrado descripciones en las historias de complicaciones o efectos secundarios del tratamiento, a diferencia de lo registrado en el Manicomio de Ciempozuelos (se aplicaban dos inyecciones semanales), donde aludían a luxaciones de

⁷⁶⁴ VILLACIAN REBOLLO, J. M., SÁNCHEZ GARCÍA, A. (1940), Un año de cardiazolterapia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 60-8.

⁷⁶⁵ GUTIÉRREZ HIGUERAS, J. P., CAMY SÁNCHEZ-CAÑETE, P. (1942), Experiencias recogidas con el método terapéutico de Von Meduna, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 217-233.

⁷⁶⁶ CONSEGLIERI (2008), p. 152.

⁷⁶⁷ Entre 1940 y 1951 Crespillo recoge, sin embargo, 13 casos en los que se les aplicó el cardiazol. CRESPILO (1986), pp. 414-415.

⁷⁶⁸ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 273-275.

⁷⁶⁹ Historia clínica 1199. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁷⁰ Historia clínica 1224. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

hombro, mandíbula o raquialgias leves⁷⁷¹. Desconocemos si en esta institución o en otras, como en Navarra, se registraba esta terapia en hojas especiales, ya que los trabajos publicados abordan sólo datos muy generales⁷⁷².

7.2. Coma insulínico: cura de Sakel

En el año 1935, el austriaco Manfred Sakel (1900-1957) utilizó la insulina en el tratamiento de la abstinencia de la morfinomanía, observando que, a dosis elevadas, aparecía un cambio en el carácter de los pacientes⁷⁷³, por lo que fue empleado como terapia de choque en esquizofrénicos.

La técnica clásica consistía en cuatro fases: en la primera se administraban dosis crecientes de insulina mediante una inyección por vía intramuscular en un mínimo de 24 U. hasta conseguir el primer choque hipoglucémico; por término medio trascurridas tres horas de la inyección. En la segunda, que era la fase realmente eficaz, se producían intensos choques hipoglucémicos. La crisis hipoglucémica o comatosa se interrumpía después de la cuarta hora de la inyección con la administración por medio de sonda de 200 gr. de azúcar en solución; mientras tanto el enfermo debía permanecer en cama una hora y media. Generalmente, después del resurgimiento del coma se notaba una lucidez psíquica que aumentaba en los sucesivos ataques hasta que, durante el intervalo no hipoglucémico, persistía la lucidez. En la tercera fase se intercalaban días de descanso con días de choque, y en la cuarta se iban disminuyendo las dosis de insulina interrumpiendo la hipoglucemia⁷⁷⁴.

El tratamiento duraba entre 3 y 6 meses, oscilando la dosis entre 24 y 300 U., considerando el fin de la terapia cuando aparecían cambios conductuales en el sujeto. Generalmente se inyectaba los seis días laborables y se descansaba el domingo, requiriendo personal experto que lo llevase a cabo⁷⁷⁵. Las fases fundamentales eran las dos primeras, quedando prácticamente las otras dos abandonadas⁷⁷⁶. Se inyectaba por la

⁷⁷¹ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), p. 230.

⁷⁷² Dichos autores no hacen mención a la existencia de hojas especiales para el tratamiento con Cardiazol. AZTARAIN (2005), p. 206.

⁷⁷³ JAMES (1992), pp. 221-235.

⁷⁷⁴ SARRÓ BURBANO, R. (1940), *Tratamiento moderno de las Esquizofrenias*, Barcelona, Colección española de monografías médicas, p. 90. INSABATO, L. (1940) (2004), La terapéutica por los shocks: insulina, cardiazol, electroshock. Tratamiento diacefalorraquídeo, *Norte de Salud Mental*, 20, 74-84, p. 77. Este texto, recuperado y reproducido en *Norte de Salud Mental*, de Luigi Insabato (1891-1963), pertenece al capítulo "Neuropsiquiatría" del libro *Síntesis médica mundial*. SORIANO M. (1940), *Síntesis médica mundial*, Barcelona, Ed. Sociedad española de especialidades fármaco terapéuticas, pp. 140-152.

⁷⁷⁵ Vallejo Nágera estableció indicaciones para la insulino-terapia en pacientes agitados resistentes al cardiazol y en estados paranoides. VALLEJO NÁGERA (1940), pp. 223-225.

⁷⁷⁶ INSABATO (1940) (2004), p. 77.

mañana una dosis de insulina por vía intramuscular (el primer día 24 U. y después se aumentaba cada día 10 U.) esperando durante cuatro horas a que se produjese el coma. El aumento de las dosis era gradual, porque de esta manera el organismo era conducido al coma lentamente⁷⁷⁷. El médico siempre tenía que estar presente en la aplicación, y el local debía ser calentado (debido a que la técnica producía una excesiva sudoración en los pacientes), estar bien iluminado (para percibir las alteraciones de color de la cara), sin muebles u otros objetos y manteniendo el ambiente limpio⁷⁷⁸.

Posteriormente aparecieron modificaciones a la técnica de Sakel como la técnica de kraulis o choque prolongado, y técnicas combinadas de diferentes terapias de choque con fármacos, como la combinación entre la cura de Sakel y el cardiazol, en casos de estupores catatónicos⁷⁷⁹, o el tratamiento combinado de ataques epilépticos provocados con cardiazol y estados hipoglucémicos con insulina⁷⁸⁰.

Como hemos reflejado anteriormente para el caso de la cardiazolterapia, durante la inmediata posguerra aparecieron una serie de artículos sobre indicaciones de la cura de Sakel⁷⁸¹. Diversos autores como Villacián en el Manicomio Provincial de Valladolid o González Pinto en el sanatorio psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón (Guipúzcoa), expusieron su experiencia tras tratar a pacientes esquizofrénicos conjuntamente con la cura de Sakel y el cardiazol. Ambos autores, desde diferentes trabajos, coincidían en la necesidad de aplicar dichos métodos en pacientes con pocos años de evolución de la enfermedad⁷⁸². De hecho, en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid existían unas plantillas para la cura de Sakel y para el electrochoque similares a las empleadas en el Manicomio de Leganés⁷⁸³ (anexo 14).

El hospital vallisoletano disponía de instalaciones para los tratamientos activos de insulina, electrochoque y cardiazol. Los profesionales de dicha institución, preferían,

⁷⁷⁷ Ibid, pp.77-79.

⁷⁷⁸ Ibid, p.76.

⁷⁷⁹ En España Sarro fue el primero en utilizarla en 1936, aconsejando su uso en combinación además con la psicoterapia. En: SARRO (1940). También en VALLEJO NÁGERA (1940), pp.208-227.

⁷⁸⁰ INSABATO (1940) (2004), p. 80.

⁷⁸¹ VELA DEL CAMPO, L., DE LA VEGA, P. (1941), Complicaciones tardía en los tratamientos de Sakel y Meduna, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 46-51; FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, J. (1942), Aportación clínica a los tratamientos de Sakel y Von Meduna, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 239-244; GONZÁLEZ PINTO, FERNÁNDEZ VILLANUEVA, OLANO LLEREGUI, IZAGUA GOICOECHEAUNDIA, PAREDES (1942), pp. 203-9; GONZÁLEZ PINTO R., IZAGUA GOICOECHEAUNDIA, L. (1942), Complicaciones más comúnmente observadas en los tratamientos de cardiazol e insulina, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 209-215; VILLACIAN REBOLLO, PÉREZ GARCÍA, CORRAL GALLEGO (1942), pp. 198-203.

⁷⁸² VILLACIAN REBOLLO, PÉREZ GARCÍA, CORRAL GALLEGO (1942), pp. 198-203; GONZÁLEZ PINTO, FERNANDEZ VILLANUEVA, OLANO LLEREGUI, IZAGUA GOICOECHEAUNDIA, PAREDES (1942), pp. 203-9.

⁷⁸³ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), p. 276.

en primer lugar, la terapia con insulina por considerar que era la más eficaz y aplicable en casos resistentes a otros tratamientos, contando con personal preparado para administrarlo sin riesgo; en segundo lugar, optaban por el electrochoque y, por último, el cardiazol⁷⁸⁴.

El mismo Manuel Peraita, en 1941, publicó en la revista *Acta Médica* un artículo sobre la esquizofrenia tratada con el coma insulínico. En ese artículo, Peraita realizó una revisión histórica acerca de los antecedentes de la técnica de Sakel, recordando que las primeras intervenciones fueron efectuadas con la finalidad de provocar sensación de hambre a los esquizofrénicos, si bien, posteriormente fue utilizada para tratar alteraciones comportamentales y psíquicas de los psicóticos. Además realizó una descripción detallada acerca de las características y requerimientos para la aplicación de la técnica y fases de la misma, repasando las contraindicaciones y complicaciones que pudiesen originarse⁷⁸⁵.

La cura de Sakel para el alivio de los síntomas de la esquizofrenia se introdujo en el Manicomio de Leganés a partir de 1941, convirtiéndose a finales de 1943 y principios de 1944 en un tratamiento frecuentemente empleado. Si bien ya habían transcurrido ocho años desde la aparición de la técnica hasta su entrada en el Manicomio de Leganés, la Guerra Civil y los años de la posguerra bien pudieron determinar “la difícil introducción y desarrollo de esta terapéutica por motivos económicos durante esos años”⁷⁸⁶.

De hecho, González Ferradas ofrecía, a finales de 1943, insulina para el tratamiento de Sakel, previo pago, en el establecimiento de Leganés.

«Señor Director del manicomio: por gestión de la Sección de Higiene Mental de esta Dirección General de Sanidad, se ha conseguido un cupo de insulina danesa leo, para tratar a los enfermos de los manicomios oficiales. Si interesa su adquisición deben remitir a la Sección de Higiene Mental, oficio solicitándolo acompañado del importe (ocho pesetas de las 100 unidades y 13 las 200). Al mismo tiempo le remito las hojas de estadística anual para el presente año. Del Jefe de la Sección de Higiene Mental González Ferradas, Madrid 4 de noviembre de 1943»⁷⁸⁷.

⁷⁸⁴ Ibid, p. 324.

⁷⁸⁵ PERAITA, M. (1941), El tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico, *Acta Médica*, 1 (4), 234-251.

⁷⁸⁶ MARTÍNEZ AZUMENDI (2005), p. 72.

⁷⁸⁷ *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Días después el jefe facultativo solicitaba varias cantidades de insulina a la Sección de Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad.

«Correspondiendo a su atento escrito de fecha cuatro del actual, me complace solicitar a esa jefatura de su digno cargo, para el empleo de los enfermos de este manicomio: 40 tubos de insulina danesa leo de 100 unidades a seis pesetas: 320. Diez tubos igual, 200 unidades a 13 pesetas 130: 450 pesetas. Cuyo importe entregará el portador al que pueden dar dichos medicamentos. Dios guarde a usted muchos años, 24 de noviembre de 1943. Del Jefe Facultativo Interino al Jefe de la Sección de Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad de Madrid»⁷⁸⁸.

En los años siguientes, otros documentos nos muestran como continuaban las solicitudes para abastecerse el Manicomio de Leganés del material necesario para los tratamientos por la cura de Sakel.

«El Señor de actor técnico de la Comisaría General de Abastecimiento y Transporte, el oficio de fecha 27 del pasado me dice lo que sigue: en contestación a su escrito número 20.570 de fecha 21 de los corrientes en el que solicitaba un cupo de 10 kilos de azúcar para el Manicomio de Santa Isabel de Leganés cantidad necesaria para el tratamiento por el método Sakel debe significar a usted que con esta fecha se ordena a la Delegación de Abastecimientos y Transporte de esta capital (San Bernardo 21), sea atendida esta petición, debiendo ponerse en contacto con dicha autoridad provincial, para la recepción y entrega de la mercancía. Lo que comunico a usted para su conocimiento y como contestación a su escrito del 15 noviembre próximo pasado. Dios guarde a usted muchos años, Madrid 3 de diciembre de 1945. Del Director General al Jefe facultativo de Leganés. Ministerio de la Gobernación Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. Sección primera»⁷⁸⁹.

«Haciendo uso del ofrecimiento de un cupo de 10 kilos de azúcar para el tratamiento de los enfermos internados en este Manicomio Nacional de Santa Isabel, me permito solicitar de usted la concesión de una cantidad análoga, ya que los 10 kilos citados fueron agotados en los tratamientos realizados. Espero de su benevolencia sea concebida lo más rápidamente posible esta cantidad, pues de lo contrario habría de interrumpir los tratamientos con evidente perjuicio de los enfermos. Dio guarda usted muchos años. Leganés, a 5 de febrero de 1946. Del Jefe facultativo al Director técnico de la Comisaría General de Abastecimientos y Transportes de Madrid»⁷⁹⁰.

⁷⁸⁸ *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁸⁹ *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁷⁹⁰ *Jefatura facultativa* “oficios varios”. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

En nuestra muestra, la técnica de Sakel fue administrada en el 13% del total de pacientes ingresados, aplicándose de forma conjunta más veces que en monoterapia. Se empleó en 26 pacientes todos ellos esquizofrénicos. A pesar de que se administró aisladamente a 8 pacientes, generalmente se realizaba junto al electroshock (en 18 casos de los 26, lo cual equivale al 69%) desde su implantación en el manicomio, en 1944. Del total de pacientes tratados y dados de alta, tan sólo seis recibieron el alta por curación o remisión total de los síntomas; tres de ellos después de administrarles la técnica de Sakel aisladamente y los otros tres tras recibir insulino-terapia conjuntamente con electrochoque.

Tratamientos con Sakel	Número de aplicaciones
Sakel	8
Sakel + Cardiazol	1
Sakel + electrochoque	16
Sakel + fármacos + electrochoque	1

Tabla 2. Administración de la cura de Sakel aislada o conjuntamente en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

En instituciones como el Sanatorio de mujeres de Santa Águeda en Guipúzcoa, la insulino-terapia fue empleada en el 8,7% de las enfermas de dicho manicomio, en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid, también fue manejada en la década de los cuarenta aunque no se especifica la frecuencia de uso⁷⁹¹.

7.3. Electrochoque

Los psiquiatras italianos Ugo Cerletti y Lucio Bini diseñaron en 1938 una técnica para la aplicación de descargas eléctricas en humanos basada en la inducción de convulsiones en animales practicada desde finales del siglo XIX⁷⁹². Ambos desarrollaron este método eléctrico para provocar convulsiones y tratar de evitar así los inconvenientes del choque cardiazólico o insulínico. Para ello, intentaron depurar la técnica controlando variables como el voltaje, la intensidad y la duración de las descargas. Se administraba un voltaje de entre 80 y 90 voltios, con una intensidad de 300 a 600 amperios durante 2 décimas de segundo, midiendo previamente la resistencia de la calota craneal del sujeto en ohmios, ajustando el voltaje para provocar una

⁷⁹¹ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 273-275.

⁷⁹² PASSIONE, R. (2004), Italian Psychiatry in an Internacional Context: Ugo Cerletti and the Case of Electroshock, *History of Psychiatry*, 15, 83-104.

convulsión tónico-clónica generalizada. Las sesiones eran en días alternos y el tratamiento no superaba las 20 sesiones.

Años más tarde, en el congreso celebrado en París en 1950, Cerletti describía algunas características del electrochoque: el número de sesiones, su aplicación ambulatoria, los efectos biológicos (caracterizado por una fase de hipersimpatismo con hipertensión arterial, y luego otra de hiperparasimpatismo), los psicológicos (amnesias) y accidentes como las fracturas⁷⁹³. De hecho no fue hasta 1952, con la introducción de los relajantes musculares, cuando se consiguió disminuir el número de las fracturas que provocaba esta técnica⁷⁹⁴. En ese mismo congreso el profesor Pacheco E. Silva de Sao Paulo proponía las indicaciones para la aplicación de las terapias de choque:

«Convulsoterapia por cardiazol (síndrome maniaco depresivo, síndrome confusional, algunas manifestaciones de la epilepsia, algunos estados neuróticos como histeria de conversión, y “accidentes histéricos”), Convulsoterapia por electrochoque (formas depresivas de psicosis maniaco depresivas, depresiones involutivas climatéricas y preseniles, esquizofrenias agudas sobre todo las catatónicas, psicosis post malarioterápicas, algunos estados neuróticos como depresiones reactivas, histeria de conversión, y “accidentes histéricos”), Insulinoterapia de Sakel (Esquizofrenias agudas menor de un año, agitadas, paranoides, con repercusión somática, psicosis maniaco depresivas, psiconeurosis)»⁷⁹⁵

En España la primera publicación teórica se atribuye a Marco Merenciano, director del Manicomio Provincial de Valencia, en 1940⁷⁹⁶, si bien Prieto Vidal, director del Hospital Psiquiátrico San Luis de Palencia, fue el primero en describir una aplicación⁷⁹⁷. A partir de entonces la publicación de una serie de trabajos comparando

⁷⁹³ Se puede consultar la conferencia de Ugo Cerletti en el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría de París 1950. CERLETTI, U. (1952), Indications respectives des methodes de choc. En EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.), *Thérapeutique Biologique (Rapports parus avant le Congrès)*, Editions du Congrès International de Psychiatrie, t. 4, Paris, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 11-15.

⁷⁹⁴ Sobre la terapia convulsiva ver: BERRIOS (1996), pp. 3-15.

⁷⁹⁵ El autor concluía “Para terminar revisión de estas discusiones mundiales quería insistir en que la pasión y el interés que animan las comunicaciones y polémicas de las que he querido dar una idea exacta, marcan la importancia de la terapéutica de choque en psiquiatría”. SILVA, P. E. (1952), Discusiones sobre el electrochoque, En EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.), *Thérapeutique Biologique (Rapports parus avant le Congrès)*, Editions du Congrès International de Psychiatrie, t. 4, Paris, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 92-93

⁷⁹⁶ MARCO MERENCIANO, F., RUIS VIVÓ, J. M. (1940), El electroshock en psiquiatría, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1 (3-4), 193-8. Dos años después, Marco Merenciano publicaba su libro Esquizofrenias paranoides (psicopatología y tratamiento) donde expuso las bases teóricas del cardiazol y el electrochoque. MARCO MERENCIANO, F. (1942a), *Esquizofrenias Paranoides: Psicopatología y Tratamiento*, Barcelona, Miguel Servet.

⁷⁹⁷ PRIETO VIDAL, A. (1941), La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos), *Semana Medica Española*, 115, 591-602.

las diferentes terapias convulsionantes, como el cardiazol o el coma insulínico, con el electrochoque contribuyeron a su expansión. Tal es el caso de Marco Merenciano, quien en 1942 efectuó una comparativa del tratamiento con cardiazol y electrochoque, refiriendo textualmente:

«Vemos en el electrochoque ventajas de índole técnica, pero no de eficacia. El Cardiazol, parece obligar más al psiquiatra a realizar el procedimiento personalmente, lo que facilita la psicoterapia. (...) la sencillez de electrochoque, aunque despersionaliza la labor del psiquiatra, es excelente y económica para el tratamiento sanatorial»⁷⁹⁸.

En ese mismo número de la revista, en 1941, Prieto Vidal, aportó conclusiones similares a sus colegas sobre el uso del electrochoque⁷⁹⁹. Marco Merenciano sostuvo las ventajas del electrochoque por coste y, además, argumentaba la sencillez de la técnica para su aplicación en los manicomios⁸⁰⁰. Y López Ibor, años después, comunicó en el congreso de París, sin embargo, que las dificultades de una nosografía y clasificación de enfermedades mentales generaban complicaciones para presentar las indicaciones del electrochoque⁸⁰¹.

Comelles plantea que el frecuente manejo del electrochoque se debía a que las Diputaciones Provinciales tenían conciertos con los manicomios que incluían una tasa fija para las aplicaciones terapéuticas. De ese modo, ante la disyuntiva entre un psicofármaco y el electrochoque, por motivos económicos la elección de este último era evidente y, además, considera que la disociación entre la docencia y la práctica en las instituciones públicas y privadas justificaba un uso indiscriminado imposible de ser contrastado⁸⁰².

La primera aplicación en el Manicomio de Leganés se originó en 1944 y desde entonces se utilizó en un total de 96 pacientes⁸⁰³, convirtiéndose con diferencia en la técnica más utilizada. El electrochoque se aplicó aisladamente en 71 pacientes (74%); conjuntamente con la cura de Sakel en 17 casos (17%) y asociado a cardiazol en 4

⁷⁹⁸ MARCO MERENCIANO (1942a), pp. 214-216.

⁷⁹⁹ PRIETO VIDAL, A., LÓPEZ SANZ, I., RIO, A. (1942), Nuestra experiencia del electrochoque con técnica propia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 281-288.

⁸⁰⁰ MARCO MERENCIANO (1942b), pp. 215.

⁸⁰¹ Comunicación de López Ibor en el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría de París de 1950. En LÓPEZ IBOR (1952), pp. 22-30.

⁸⁰² COMELLES, J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, PPU, p.162-169.

⁸⁰³ Actualmente se conserva un aparato de electrochoque en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

pacientes. De todos los pacientes que recibieron electrochoque, sólo cinco fueron dados de alta por curación o remisión total de los síntomas tras recibir electrochoque de manera aislada, y otros tres tras administrárseles conjuntamente con la cura de Sakel.

Tratamientos con electrochoque	Número de aplicaciones
Electrochoque	71
Electrochoque+Fármacos	1
Electrochoque+Piretoterapia	3
Electrochoque+Sakel	16
Electrochoque+Cardiazol	3
Electrochoque+Sakel+Cardiazol	1
Electrochoque+Leucotomía+Fármacos	1
Total	96

Tabla 3. Administración de electrochoque de manera aislada o en conjunto en el Manicomio de Leganés (1939-1952)⁸⁰⁴.

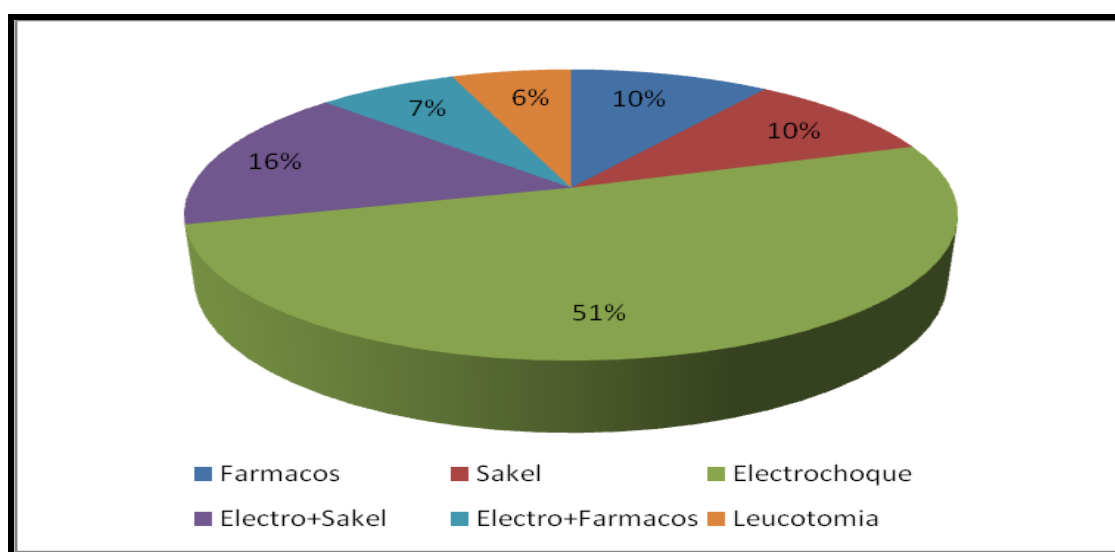


Figura 1. Alternativas terapéuticas utilizadas en pacientes con esquizofrenia en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

En otros establecimientos del país, como el Manicomio de Navarra, entre 1904 y 1954, Aztarain refiere en su estudio que la opción más empleada también fue el electrochoque, en más de tres cuartas partes de las pacientes tratadas⁸⁰⁵. En el Sanatorio

⁸⁰⁴ Otra revisión sobre las aplicaciones del electrochoque en el Manicomio de Leganés se puede consultar en CRESPILO (1986), p. 417. El autor recoge el uso de dicha técnica en 114 ocasiones durante los años 1939-1951.

⁸⁰⁵ El autor toma como fuente las historias clínicas de las mujeres ingresadas en dicha institución, y registra entre las opciones empleadas en el establecimiento, la malarioterapia, insulino-terapia, choques por alcanfor, cardiazolterapia, y leucotomías, entre otras. En AZTARAIN (2005), pp. 204-207.

de mujeres de Santa Águeda en Guipúzcoa, el 25 % de las mujeres ingresadas (que corresponde a 75 casos) fueron sometidas a electrochoque o cardiazolterapia⁸⁰⁶. También García Cantalapiedra destaca que en el Hospital Psiquiátrico de Valladolid, en la década de los cuarenta se aplicó electrochoque sin especificar la frecuencia⁸⁰⁷; y en esos años se incorporaron igualmente en el Manicomio de Ciempozuelos las terapias de choque, siendo más común el empleo conjunto del electrochoque con Sakel⁸⁰⁸.

La utilización del electrochoque, que se ha mantenido hasta la actualidad dada la cantidad de trabajos que defienden sus beneficios y legitiman su práctica⁸⁰⁹, ha sido puesto en tela de juicio debido al uso como forma de control y evitar “alteraciones” de comportamiento en las instituciones de posguerra. La mejoría en la técnica y su aplicación bajo anestesia no ha impedido, sin embargo, que se mantengan voces críticas que llegan hasta la actualidad⁸¹⁰.

8. LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

A las variadas terapias de choque implantadas durante la década de los cuarenta, hay que añadir la psicocirugía o leucotomía prefrontal⁸¹¹, ensayada por primera vez en 1935 por el neurólogo portugués Egas Moniz (1874-1955)⁸¹². Este médico partía de la hipótesis de que ciertas células neuronales corticales estaban fijas en el cerebro, formando asociaciones entre terminaciones nerviosas de distintas células y provocando siempre el mismo fenómeno psíquico: la persistencia de ideas fijas en ciertos enfermos.

⁸⁰⁶ Jesús Echevarría, jefe de sección del Sanatorio de mujeres de Santa Águeda en Guipúzcoa explicaba como consiguieron una “mejoría más o menos acentuadas” en el 69,3 %. ECHEVERRÍA URRUTIA, J. (1948) (2005), p. 77.

⁸⁰⁷ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 273-275.

⁸⁰⁸ LÓPEZ DE LERMA, DÍAZ (1991), pp. 228-235. También se puede consultar: ALONSO SEDANO, M. A. (1988), *El fármaco en la terapéutica del enfermo mental en el Hospital "San José" de Ciempozuelos (1877-1936)*, Universidad de Alcalá de Henares, Facultad de Farmacia.

⁸⁰⁹ DUKAKIS, K., TYE, L. (2006), *Shock: the healing power of electroconvulsive therapy*, New York, Avery; OTTOSSON, J. O., FINK, M. (2004), *Ethics in electroconvulsive therapy*, New York, Brunner-Routledge; WEINER, R. (2001), *The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging*, 2nd ed., Washington, DC, American Psychiatric Association.

⁸¹⁰ FRIEDBERG, J. (1976), *Shock treatment is not good for your brain*, San Francisco, Glide; ROY FRANK, L. R. (1978) (ed.), *The history of shock treatment*, San Francisco, Self-publication; PETER R., BREGGIN, P. R. (1979), *Electroshock: its brain-disabling effects*, New York, Springer; BREGGIN, P. R. (2007), *Brain disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psycho-pharmaceutical complex*, 2nd ed., New York, Springer; SZASZ, T. (2007), *Coercion as a cure: a critical history of psychiatry*, New Brunswick, Transaction Publishers, pp. 117-150.

⁸¹¹ BERRIOS, G. E. (1991), Psychosurgery in Britain and elsewhere: a conceptual history. EN BERRIOS, G. E., FREEMAN, H. (eds.), *150 Years of British psychiatry, 1841-1991*, London, Gaskell. pp. 181-185.

⁸¹² LOBO ANTUNES (2010).

La técnica de Moniz nacía de la hipótesis de que algunos síntomas y enfermedades psiquiátricas, como las ideas delirantes o el trastorno obsesivo-compulsivo, se caracterizaban por unos pensamientos recurrentes que dominaban todos los procesos psicológicos. En su opinión, estos pensamientos recurrentes debían tener como asiento cerebral unos circuitos neuronales cuya eliminación podría hacer desaparecer, por lo tanto, los síntomas. Si bien la función de los lóbulos frontales aún no estaba bien definida su relación con la inteligencia y la personalidad, llevó a Moniz a elegirlos como campo de intervención, al relacionar la corteza frontal con el control, modulación de la conducta y emociones en seres humanos. De esta forma, consideraba que patologías como la depresión, la ansiedad generalizada, las psicosis y el trastorno obsesivo-compulsivo estarían relacionadas con alteraciones neurofisiológicas en la corteza frontal.

Junto con el neurocirujano Almeida Lima, Moniz efectuó la resección de los lóbulos frontales, conocida como leucotomía pre-frontal, siendo muy discutida en el Congreso de Nápoles en 1938, ya que fue la técnica más arriesgada de cuantas se realizaron. La divulgación de esta cirugía fuera de Europa, corrió a cargo del americano Walter Freeman, quien modificó y desarrolló dicha técnica, efectuando secciones más amplias de la sustancia blanca del cerebro, proporcionándole el nombre de lobotomía⁸¹³.

Almeida Amaral, director del Manicomio de Bombarda en Lisboa, ofreció una conferencia en la clínica psiquiátrica de la universidad de Zurich, publicada posteriormente en las *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*. En este artículo, exponía la técnica quirúrgica de Egas Moniz detallando el método, las complicaciones y las teorías explicativas sobre su eficacia; y comenzó su conferencia explicando “El método de que voy a hablaros, no pretende destruir o destronar los métodos clínicos del choque, que felizmente aumentaron nuestro arsenal terapéutico...”⁸¹⁴.

En el Congreso de París celebrado en 1950, William Sargant propuso el electrochoque y la insulina para la patología aguda, mientras la leucotomía la

⁸¹³ FREEMAN, W. (1948), Funciones de los lóbulos frontales según resultados de la leucotomía prefrontal, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 299-306.

⁸¹⁴ ALMEIDA AMARAL, N. (1946), El método quirúrgico de Moniz (leucotomía) en la terapéutica de las enfermedades mentales, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 147-155; ALMEIDA AMARAL, N. (1948), Resultados comparativos entre la leucotomía prefrontal de Moniz y la lobotomía de Freeman, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 257-266.

recomendaba en casos crónicos⁸¹⁵. Sin embargo, esta técnica no estaba exenta de polémica y generó grandes debates, prohibiendo su aplicación en países como la URSS⁸¹⁶. Por otra parte, en el Congreso de Santiago de Compostela en 1952 se dedicó una ponencia a los riesgos y secuelas de la técnica, así como a sus problemas médico legales, ya que una vez realizada la intervención (previo consentimiento otorgado por un familiar), el paciente -no incapacitado- podría exigir responsabilidad al médico. Los defensores de la técnica propusieron para subsanarlo la elaboración de un informe temporal de incapacitación durante el tiempo necesario para el tratamiento quirúrgico⁸¹⁷.

El interés que despertó la leucotomía, puesto de manifiesto en una serie de publicaciones⁸¹⁸, llevó a psiquiatras nacionales como López Ibor a realizar una exposición teórica sobre las indicaciones de la leucotomía después de su uso, con resultados favorables en esquizofrenias, neurosis obsesivas, psicopatías, caquexias y grandes dolores⁸¹⁹. El mismo autor, publicaba también junto al neurocirujano, y hermano de Manuel Peraita, Pablo Peraita, “Indicaciones restringidas de la leucotomía en nuestra experiencia”⁸²⁰.

Al finalizar la Guerra Civil, fueron precisas algunas obras en el Manicomio de Leganés para mejorar las instalaciones, estableciendo salas de tratamientos para la práctica de insulino-terapia, electrochoque, y leucotomías⁸²¹. De hecho, en la

⁸¹⁵ Ponencia de William Sargant en el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría en París. EY, MARTY, DESCLAUX (1952).

⁸¹⁶ GINER MARTÍ, R., NAVARRO PEREZ, J. (1997), Los inicios de la psicocirugía en España. La escuela valenciana. En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 337-356, 350.

⁸¹⁷ SALES VÁZQUEZ, VARELA DE SEIJAS, ZALBA MODET. (1952), Los problemas médico-forenses que plantean los tratamientos biológicos. *III Congreso nacional de neuro-psiquiatría. Conmemoración del centenario del profesor Ramón y Cajal*, III Ponencia, Madrid, Folleto, pp. 1-26.

⁸¹⁸ BARAHONA FERNANDES, H. J. (1947), Sobre la leucotomía prefrontal, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 77-82; BARAHONA FERNANDES, H. J. (1948), Profesor Egas Moniz, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 253-256; BARAHONA FERNANDES, H. J., POLONIO, P., GOMES, S. (1948), Estudios y psicológicos sobre la leucotomía, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 274-298; STENGEL, E., CARSEL, J. (1948), Relación de los resultados de una serie de 320 casos de leucotomía prefrontal, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7 (4), 312-318; BARAHONA FERNANDES, H. J. (1949), Mecanismo de acción de la leucotomía, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 8, 274-295; SARGANT, W. (1951), Leucotomía en trastornos psicósomáticos, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 10, 247-59.

⁸¹⁹ LÓPEZ IBOR, J. J. (1947b), Leucotomías y lóbulo frontal, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 235-240. Otro artículo sobre dicho autor publicado en dos revistas diferentes: LÓPEZ IBOR, J. J. (1948), Indicaciones restringidas de la leucotomía, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 307-311.

⁸²⁰ LÓPEZ IBOR, J. J., PERAITA, P. (1951), Indicaciones restringidas de la leucotomía en nuestra experiencia, *Revista Española de Otoneurooftalmología y Neurocirugía*, 10 (55), 187-191.

⁸²¹ MENDIGUCHÍA, A. (1955), Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel, de Leganés, *Archivos de Neurobiología*, 18 (3), 933-944.

documentación anexa estudiada por nosotros se recogía un presupuesto de julio de 1944 para la instalación de un botiquín de urgencia en el Manicomio de Leganés en el cual se incluía además de una sala de esterilización (grupo de aparatos para la esterilización de agua y apósitos, una autoclave, depósito de agua, lavabo), una cajas y botes para esterilización, un esterilizador. También aparecía el presupuesto para una sala de operaciones (mesa, taburete, carrito porta curas, cubo sanitario, soporte para cajas y botes, mesita auxiliar, silla, lámpara, armario-vitrina), material variado (cama, martillo de percusión, plesímetro, oxcilofon, tijera, sonda, bisturís)⁸²² (anexo 15).

En aquel quirófano, se practicaron un total de diez leucotomías⁸²³. Además en el año 1945, el director del manicomio había enviado a la Dirección General de Beneficencia una solicitud para instalar un servicio de rayos X, e implementar los servicios de laboratorios⁸²⁴.

Las diez leucotomías realizadas a seis esquizofrénicos, tres epilépticos (dos con demencia epiléptica y otro con psicosis epiléptica) y un oligofrénico. En ocho de ellas no se hayan recogido otro tipo de tratamiento, y en las dos restantes, se había aplicado previamente, farmacoterapia y, además, electrochoque⁸²⁵. No hemos encontrado en la literatura unanimidad en las indicaciones de la leucotomía, si bien parece que sólo se indicaba después de la ineficacia de otras opciones menos agresivas⁸²⁶. Comelles ha sostenido que, tanto el electrochoque como la leucotomía, se planteaban como forma de control del paciente para tratar los trastornos del comportamiento⁸²⁷. Duras críticas a esta técnica y a su utilización en determinados regímenes totalitarios han sido también publicadas en las últimas décadas⁸²⁸.

⁸²² Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): (08) 25.0244/3107.

⁸²³ Las leucotomías fueron realizadas por los médicos Obrador, Estella y Vara y López, según consta en FERNÁNDEZ SANZ, A., CONDE, V. (1969), *Breve Historia del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Pueyo Artes Graficas, p. 4.

⁸²⁴ GIMENO ÁLAVA (1986), pp. 41-48.

⁸²⁵ En nuestro estudio hemos incluido un total de diez leucotomías, aunque algunas fueron realizadas entre 1952 y los primeros meses de 1953. La decisión de incluirlas es debido a que a veces no se indicaba la fecha exacta de la intervención, encontrándose únicamente en la historia clínica una nota postoperatoria, o bien de la cirugía pero sin precisar el momento exacto en las cuales se llevaron a cabo.

⁸²⁶ Varios científicos que participaron en una encuesta elaborada por la revista *Médecine et Hygiène* concluyeron que “la práctica de la leucotomía debe ser practicada sólo en aquellos casos en los que el tratamiento prolongado de todos los demás tratamientos, sin que se haya producido remisión alguna”. En: GINER MARTÍ, NAVARRO PEREZ (1997), p. 353.

⁸²⁷ COMELLES (1988), p. 169.

⁸²⁸ VALENSTEIN, E. D. (1986), *Great and desperate cures: the rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*, New York, Basic Books; PRESSMAN, J. D. (1998), *Last resort: psychosurgery and the limits of medicine*, New York, Cambridge University Press; ÖGREN, K., SANDLUND, M. (2005), Psychosurgery in Sweden 1944-1964, *Journal of the History of the Neurosciences*, 14, 353-67; RAZ, M. (2008), Between the ego and the icepick: psychosurgery,

En la documentación de las historias clínicas perteneciente al Archivo Histórico del IPSSM José Germain de Leganés, hemos encontrado varias cartas del director facultativo dirigida a los familiares de los pacientes ingresados a los que se les pretendía aplicar la leucotomía, donde se les informaba y solicitaban su conformidad para aplicar esta técnica quirúrgica, como medida para tratar su enfermedad.

«Respetable Sor María después de los tratamientos empleados a Sor C. de esa comunidad, no encontrando ninguna mejoría en el proceso mental que motivó su reclusión, ruego usted consulte a la familia de la interesada para que de su autorización por escrito a fin de que pueda ser sometida a una intervención quirúrgica en el cerebro que, en ocasiones, han mejorado esta clase de procesos mentales. En espera de dicha autorización que puede remitir a la mayor brevedad posible por correo me es grato ofrecerme atentamente, a 11 de julio de 1944. Firmado Manuel Peraita»⁸²⁹.

En alguna de las cartas que el director dirigía a los familiares, advertía además, que de no aceptar la indicación, no proseguirían con el internamiento del paciente.

«Muy señor mío: contestando a su carta fecha 9 del actual he de manifestarle: que la leucotomía es operación que se ha practicado en este Establecimiento a varios enfermos, en algunos de ellos con notable mejoría de su estado mental, y consideramos que el riesgo operatorio es análogo al de otras intervenciones. Como la psicopatía que padece su hija L. ha de continuar en la misma situación por tiempo indefinido, y no siendo compatible con la vida familiar, razón por la cual ha tenido usted que recurrir a su internamiento en este Manicomio, se ha decidido hacer en este caso una terapéutica activa la LEUCOTOMÍA. Considero que de no aceptarla, no esta usted conforme con nuestros métodos de tratamientos y lamentándolo sinceramente, le propondríamos solicitase su salida definitiva, para lo cual esperamos su contestación con la decisión que tome en el mes próximo para proceder en consecuencia. Con este motivo, tiene el gusto de reiterarse de usted, atentamente. Director Facultativo. Septiembre 18 de 1944»⁸³⁰.

Tras esta última petición se realizaron dos intervenciones más, una de ellas al paciente al que se dirige el director médico en la carta anterior⁸³¹, y otra un mes después

psychoanalysis, and psychiatric discourse, *Bulletin of de History of Medicine*, 82, 387-420; KOTOWICZ, Z. (2008), Psychosurgery in Italy, 1936–39, *History of Psychiatry*, 19, 476-89.

⁸²⁹ Historia clínica 1191. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸³⁰ Historia clínica 1246. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸³¹ Historia clínica 1246. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

a otro paciente con una demencia epiléptica⁸³². El resto de los pacientes tratados con este método, fueron intervenidos a principios de los cincuenta⁸³³.

Es la primera vez que encontramos en el Manicomio de Leganés este tipo de peticiones por parte de los facultativos a los familiares para poder aplicar una técnica terapéutica. La necesidad de pedir el consentimiento de un familiar directo, en casos donde no fuese posible el del enfermo, gozaba de la aprobación de los psiquiatras del momento independientemente de que estuviesen a favor o en contra de la realización de esta técnica⁸³⁴.

En la carta de petición se hace referencia a varios enfermos a los que se les practicó la leucotomía en la institución y a los que se les había apreciado mejoría. Al examinar las historias clínicas de los pacientes leucotomizados, tras revisar las fechas en las que se realizaron las intervenciones quirúrgicas, en septiembre de 1944 tan sólo fue una la paciente que había sido operada. Pensamos que la mejoría a la que el facultativo se refiere, es una buena respuesta a la intervención a corto plazo, y no una mejoría al alta del internamiento, ya que los motivos de alta fueron otros⁸³⁵.

Una vez realizada la intervención quirúrgica, en algunas de las historias clínicas se recogían diariamente en las hojas de evolución el postoperatorio del paciente. A continuación mostramos lo que sería una anotación sobre la realización de la intervención; y el siguiente párrafo pertenece a los registros que se realizaban a diario sobre el curso del postoperatorio.

«Nota de la intervención: bajo anestesia general se hizo una lobotomía frontal bilateral (...). El plano de recesión se orientó en ambos lóbulo, el sentido coronal en forma de escuadra y se hizo muy amplio especialmente en los cuadrantes internos, no se abrieron los ventrículos ni se rompió un paso importante»⁸³⁶.

⁸³² Historia clínica 1276. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸³³ Historias clínicas 1452, 1582, 1610, 1725, 1735, 1748. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸³⁴ Los autores recogen un cuestionario publicado en la revista *Medecine et Hygiène* realizado a varios científicos internacionales en el cual “están todos de acuerdo en que la decisión de leucotomizar debe ser tomada por el psiquiatra, con el consentimiento a ser posible del enfermo y si no de los familiares directos”. En GINER MARTÍ, NAVARRO PEREZ (1997), p. 353. Sobre el tratamiento sin consentimiento en enfermos mentales se puede consultar, PHIL FENNELL, P. (1996), *Treatment without consent: law, psychiatry, and the treatment of the mentally disordered people since 1845*, London, Routledge, pp. 126-47; WHITAKER, R. (2002), *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*, New York, Basic Books, pp. 96-106.

⁸³⁵ Historia clínica 1191. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸³⁶ Historia clínica 1725. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

«28 de octubre de 1944. Intervención operatoria correctamente. Al despertar tiene algún vómito, torpeza. Contesta si se le insiste, no tiene agitación pero se la ha sujeta pues tiene tendencia a llevarse las manos a la cabeza. Pasa el día con los ojos cerrados y por la noche se orina en la cama. 29 de octubre de 1944, aunque continúa la torpeza contesta más rápidamente, toma leche y jugos de frutas pasando el día tranquila sin estupor y sin incoherencias. Un vómito. 30 de octubre de 1944, más despejada, se le da puré y frutas maduras, no ha tenido ataques y continúa tranquila. 31 de octubre de 1944, se le explora neurológicamente siendo normal, nos contesta sin tanta torpeza como en días anteriores y con la incoherencia propia de su estado demencial. Nos dice que tiene hambre y orina normal haciéndolo en el servicio. 1 de noviembre de 1944, comunicativa, sonríe, tranquila ha dado de vientre, no puede desayunar por tener arcadas y angustia, no tiene fiebre y lengua con saburra, purgante de aceite de ricino 20 g, continúa despejada, sonríe y contesta, 36,5. 4 de noviembre de 1944, le quitan los puntos de sutura, 37,2. 5 de noviembre de 1944, flemón en la boca. 7 de noviembre de 1944, continúa sin ataques sin alteraciones en su conducta, se orina la cama lo que no hacía antes de la intervención. 9 de noviembre de 1944, no tiene fiebre, se levanta y pasa al departamento, se manifiesta en su conducta lo mismo que antes de ser intervenida (Firmado Aurelio Mendiguchía)»⁸³⁷.

Los motivos de alta en los pacientes leucotomizados del Manicomio de Leganés fueron diversos. Dos de los casos recibieron el alta por prescripción facultativa, siendo su situación clínica al alta la mejoría sintomática⁸³⁸; cuatro fallecieron; en dos no se especificaba la causa, otro fue debido a un infarto de miocardio y otro por secuelas producidas por la leucotomía⁸³⁹. Los restantes, dos de ellos fueron trasladados en el curso de su internamiento, y en otros dos casos no constaba el motivo de alta.

Si bien, como hemos dicho, no existen trabajos historiográficos detallados sobre la utilización de la leucotomía, en otras instituciones psiquiátricas españolas como el Manicomio de Valencia Giné y Navarro realizaron un análisis de las leucotomías practicadas en 1950⁸⁴⁰. Durante ese año se practicaron 16 intervenciones de las cuales en cinco de los casos consiguieron una remisión total, en uno se exacerbó el proceso, y en el resto consiguieron remisiones parciales si bien no se señalan las condiciones de dicha práctica, y si registró alguna defunción. En el ya citado trabajo de Aztarain sobre el Manicomio de Navarra también se hace referencia a pacientes tratados con

⁸³⁷ Historia clínica 1276. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸³⁸ Historia clínica 1725 y 1748. Archivo Histórico del IPSSM José Germain. Son pacientes que ingresaron entre 1950 y 1952.

⁸³⁹ Se trataba de una mujer soltera de 32 años con esquizofrenia paranoide que murió por una encefalitis por hemorragia intestinal secundaria a la leucotomía en 1953. Entró en el establecimiento en diciembre de 1944 y fue tratada con electrochoque y posteriormente con leucotomía. Historia clínica 1452. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸⁴⁰ Los autores extraen los datos de la Memoria de la Excm. Diputación de Valencia de 1950. GINER MARTÍ, NAVARRO PEREZ (1997), p. 349.

lobotomía, aunque no muestran registros clínicos⁸⁴¹. En el hospital psiquiátrico de mujeres de Ciempozuelos se realizaron un total de 67 intervenciones, desde 1954 hasta 1959⁸⁴², y en el establecimiento de Valladolid, aunque el estudio de García Cantalapiedra incluye hasta el año 1975, no hemos encontrados referencias sobre el empleo de esta técnica quirúrgica⁸⁴³.

9. LA EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN LA POBLACIÓN MANICOMIAL

La aplicación de tratamientos en la posguerra se ha estudiado, tal como hemos referido al inicio del presente capítulo, a través del registro de 615 historias clínicas. A pesar de que en un alto porcentaje de éstas no se recoge ningún tipo de tratamiento⁸⁴⁴, en 173 figura la administración de alguna medida terapéutica, ya sea de manera aislada o en conjunto con otras (28% del total de las historias). Además de observar la evolución temporal de los tratamientos, en este apartado, vamos a relacionar las variables socio-demográficas de los pacientes con las medidas terapéuticas empleadas en la institución en la posguerra⁸⁴⁵.

Por una parte, el número de tratamientos aplicado en todo el período de estudio es mayor que en épocas previas (figura 2), ya que durante la Segunda República ingresaron 93 pacientes, de los cuales 20 recibieron algún tipo de tratamiento (22%) y, a lo largo de la Guerra Civil, se hospitalizaron 64 pacientes, siendo tratados 15 (23%)⁸⁴⁶.

⁸⁴¹ AZTARAIN (2005), p. 204.

⁸⁴² En este libro se reproduce una plantilla para la “sección de cirugía” con un esquema de la imagen radiográfica. LÓPEZ DE LERMA, DÍAZ GÓMEZ (1991), pp. 234-235.

⁸⁴³ GARCÍA CANTALAPIEDRA (1992), pp. 235-335.

⁸⁴⁴ En estudios previos de los pacientes ingresados en el siglo XIX, la administración de tratamientos se hallaba en torno al 17-20% de los internos. En: MOLLEJO, DEL CURA, HUERTAS (2004), p.160; CRESPILO (1986), p. 617.

⁸⁴⁵ Las 615 historias clínicas corresponden a los pacientes que ingresaron desde la finalización de la Guerra Civil hasta 1952.

⁸⁴⁶ CONSEGLIERI (2008), pp. 135-136.

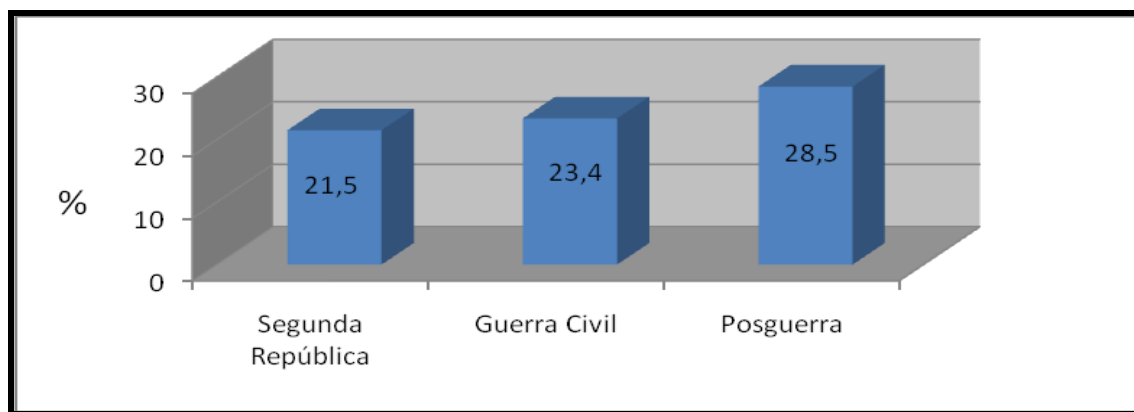


Figura 2. Pacientes que recibieron tratamiento según los diferentes periodos de ingreso (Segunda República, Guerra Civil y Posguerra) en el Manicomio de Leganés.

Al observar la evolución en el tiempo de los tratamientos, salvo en 1940, durante los años de la inmediata posguerra se administraron menos terapias. Sin duda, la actividad clínica de Manuel Peraita coincide con un aumento del número de tratamientos administrados, ya que se registra un incremento a partir de 1944 que disminuye a partir de 1949, último año de actividad asistencial del neuropsiquiatra.

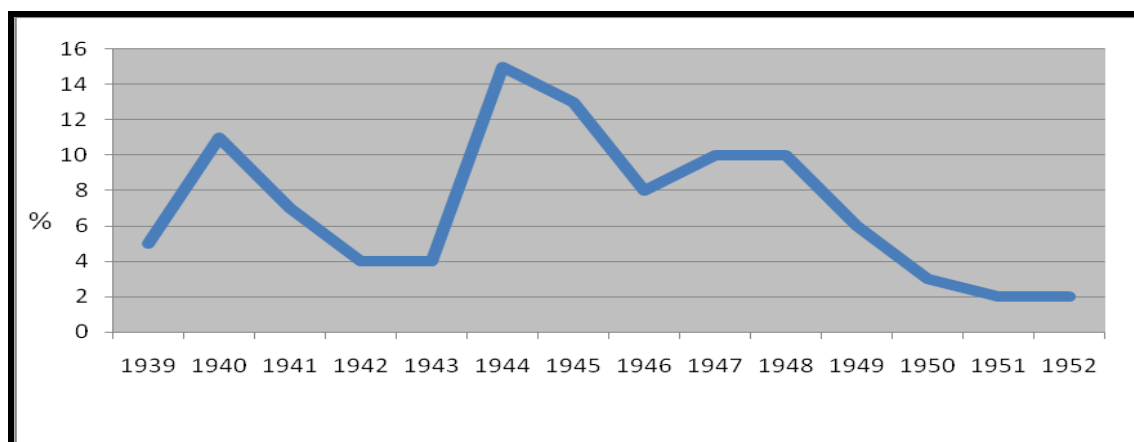


Figura 3. Evolución de los tratamientos en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (N=208).

Al examinar los datos en función del sexo observamos cómo en la posguerra, los porcentajes de hombres y mujeres tratados se igualaban (51% mujeres tratadas y 49% hombres). Si se consideran los tratamientos en función de la categoría administrativa (figura 4), comprobamos que los pensionistas recibían en un 71% de casos alguna

opción terapéutica, de los cuales 44 eran pacientes de primera categoría (26%) y 80 pacientes de segunda (46%)⁸⁴⁷.

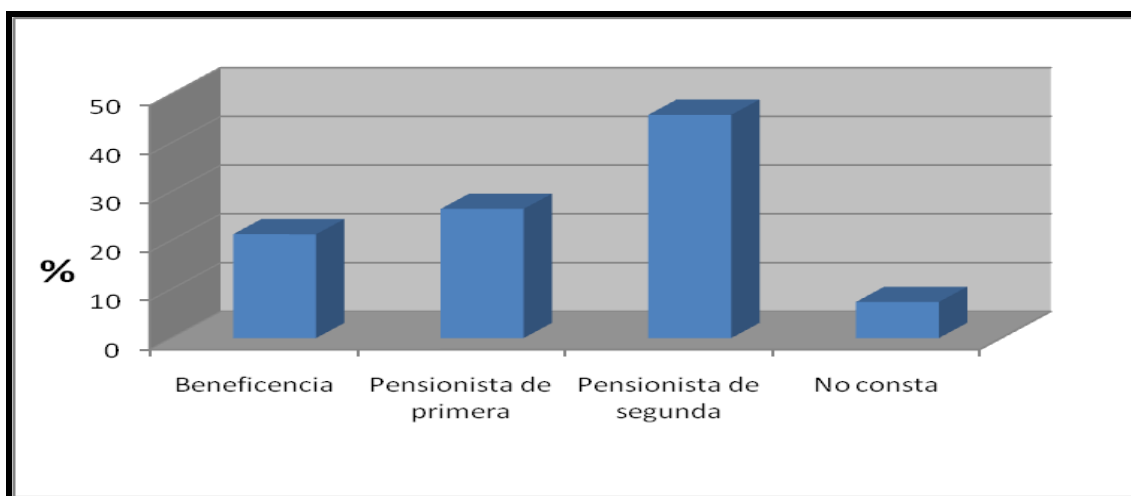


Figura 4. Administración de tratamientos en función de las categorías administrativas en el Manicomio de Leganés (1939-1952) (N = 173).

Los pacientes solteros son los que recibieron mayor porcentaje de tratamientos (66%) y, en función de los grupos de edades (figura 5), el 39,2% de los pacientes tratados se encuentran entre los 26 y los 40 años de edad y el 36,1% de los tratamientos fueron aplicados a los pacientes de entre 41 y 65 años.

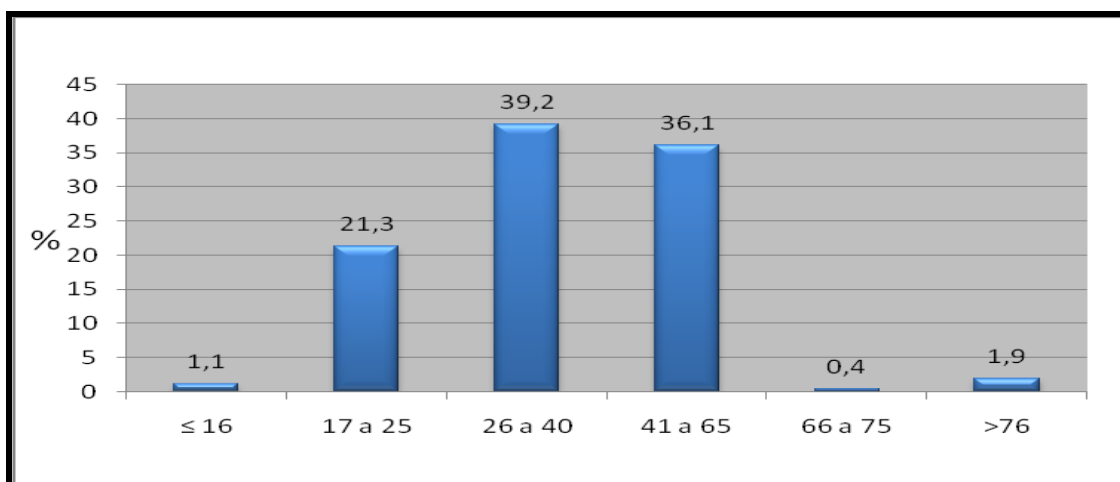


Figura 5. Número de pacientes tratados en función de los grupos de edad en el Manicomio de Leganés.

⁸⁴⁷ Al comparar con los porcentajes del periodo de la contienda, los pobres acapararon el 66% de los tratamientos, lo que coincidió con ingresos más numerosos en dicha categoría (72%). CONSEGLIERI (2008), p. 137.

El diagnóstico más frecuente fue la esquizofrenia, siendo este grupo también el que recibió más aplicaciones terapéuticas con un 56% (figura 6) y a su vez, el 57% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia fueron tratados.

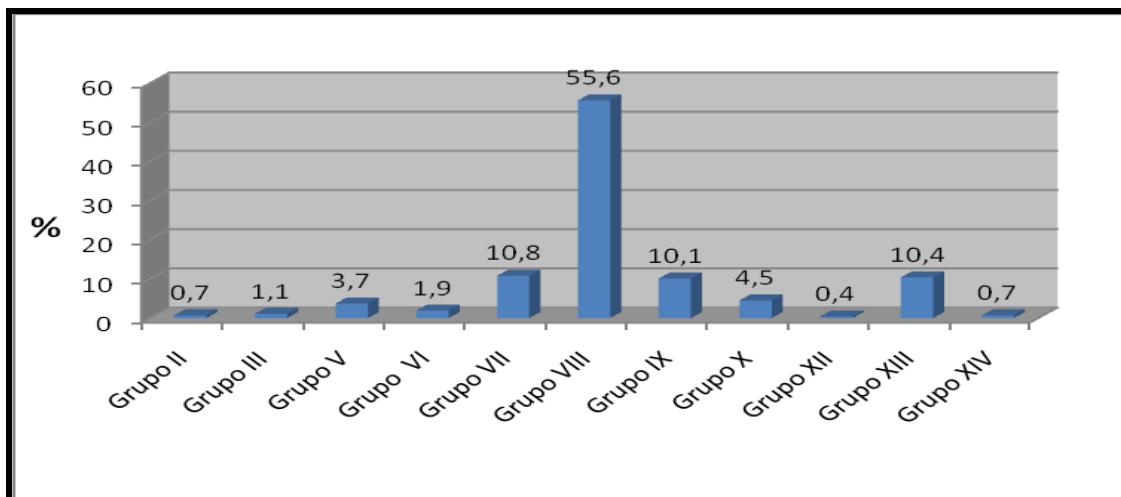


Figura 6. Tratamientos administrados según clasificación kraepeliniana en los ingresos totales (valores en porcentajes)⁸⁴⁸

Diagnósticos	Fármacos	Cardiazol	Sakel	Electro	Leucotomía
Alt. Psíquicas encefalopatías orgánicas.	1	0	0	0	0
Alt. mentales en intoxicaciones	2	0	0	0	0
Sífilis	8	0	0	0	0
Procesos AE y de regresión	4	1	0	0	0
Epilepsia genuina	18	2	0	1	3
Esquizofrenia	10	10	25	74	6
Psicosis maniaco depresiva	5	2	0	11	0
Psicopatías	2	0	0	3	0
Oligofrenias	3	0	0	5	1

Tabla 4. Aplicaciones terapéuticas en función de la clasificación diagnóstica.

⁸⁴⁸ Clasificación kraepeliniana: I Alteraciones en los traumatismos craneales; II Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas; III Alteraciones mentales en las intoxicaciones; IV Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas; V Sífilis; VI Procesos arterioscleróticos y de regresión; VII Epilepsia genuina; VIII Esquizofrenias; IX Psicosis maniaco depresiva; X Psicopatías; XI Reacciones psicógenas; XII Paranoia; XIII Oligofrenias; XIV Casos oscuros.

De los casos tratados (173), sólo 17 fueron dados de alta por curación o remisión de síntomas; la mayoría de los tratados fallecieron en la institución. Con respecto a la estancia media, el 16,3% de los pacientes tratados permanecieron menos de un año en el establecimiento, y el 48,2% tuvieron una estancia media menor de 2 años.

En la inmediata posguerra, se produce un salto no tanto cuantitativo, pero sí cualitativo en el uso de alternativas terapéuticas al compararlo con épocas previas, ya que hasta la contienda bélica inclusive, las descripciones de los tratamientos en las historias clínicas eran realmente pobres y escasas⁸⁴⁹. Es significativo, aunque sólo disponemos de un caso, señalar que, en 1941, apareció una indicación de psicoterapia en un varón diagnosticado de “psicópata hipertímico pseudólogo”. En un anexo de su historia clínica se muestra tan sólo un esbozo general del tratamiento aplicado (orientación, sugerencia e interacción personal frecuente) que mostramos a continuación, ya que es la primera vez que en la historia del Manicomio de Leganés se registra una indicación de psicoterapia⁸⁵⁰.

«Exploración del enfermo: *Tratamiento*: Psicoterápico. (10 de enero de 1941). Responde al tratamiento, deseando se le hable con frecuencia, durante las charlas sostenidas se exalta la afectividad, agradece las sugerencias y las orientaciones que se le marcan tratando de sostener la conversación y prometiéndose seguir todas las indicaciones que se derivan de la misma. *Se emplea en la laborterapia*»⁸⁵¹.

⁸⁴⁹ CONSEGLIERI (2008), p. 138.

⁸⁵⁰ Este paciente reingresó en tres ocasiones en el manicomio, indicándose en todas ellos el uso de psicoterapia. Este caso se estudia mas implemente en el capítulo III de diagnósticos. Historia clínica 1242. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

⁸⁵¹ Tras la exploración psicopatológica y en la misma anotación evolutiva, se indicaba la psicoterapia. Dos meses más tarde, el facultativo anotaba la evolución de las intervenciones psicoterapéuticas y su decisión de emplear al paciente en Laborterapia. Historia clínica 1242. Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

Medidas terapéuticas	Total de pacientes tratados (N=173)
Piretoterapia	6
Fármacos	33
Fármacos + Hábitos higiénicos	2
Piretoterapia + Hábitos higiénicos	3
Cardiazol + Hábitos higiénicos	1
Cardiazol	9
Electrochoque	71
Electrochoque + Fármacos	1
Electrochoque + Cardiazol	3
Electrochoque + Piretoterapia	3
Sakel	8
Sakel + Electrochoque	16
Sakel + Cardiazol	1
Sakel + Electrochoque + Cardiazol	1
Leucotomía	8
Fármaco + Leucotomía	1
Leucotomía + Electrochoque + Fármacos	1
Laborterapia	2
Psicoterapia	3
Total	173

Tabla 5. Diferentes medidas terapéuticas recogidas en las 173 historias clínicas de los pacientes.

Medidas terapéuticas	Aislada	Combinación	Total (N=208)	Total %
Piretoterapia	6	6	12	6
Fármacos	33	5	38	18
Hábitos higiénicos dietéticos	0	6	6	3
Cardiazol	9	6	15	7
Electrochoque	71	25	96	46
Sakel	8	18	26	13
Leucotomía	8	2	10	5
Laborterapia	2	0	2	1
Psicoterapia	3	0	3	1
Total	141	67	208	100

Tabla 6. Medidas terapéuticas administradas de manera aislada o en combinación (N=208).

Si bien en las historias clínicas del Manicomio de Leganés las anotaciones sobre cuestiones terapéuticas fueron pobres y escasas, a partir de los años cuarenta, sin duda, los tratamientos quedaron mejor registrados debido fundamentalmente a la utilización de algunas plantillas que recogían la administración de las terapias de choque (choque insulínico, el cardiazólico o el electrochoque). Durante esta época se aplicaron los tratamientos introducidos en Europa en la década de los treinta, casi simultáneamente a la aparición de las primeras publicaciones de resultados en España y se realizó la primera indicación de psicoterapia. A partir de 1944, coincidiendo con la utilización del electrochoque, de más fácil aplicación y más económico que otras terapias de choque, el coma insulínico y el choque cardiazólico, comenzaron a decaer y, en el mismo año se practicó la primera leucotomía prefrontal. En este período se registró la introducción de los antibióticos, de difícil abastecimiento, y se abandonó definitivamente la piretoterapia que había ido decayendo a lo largo de esa década. Sin embargo, las cifras exactas sobre los hospitalizados que recibieron tratamiento son difíciles de calcular, ya que a través de documentación anexa a las historias clínicas, podemos observar que el número de tratados era mayor que lo registrado en las historias.

CONCLUSIONES

1. El Decreto de Asistencia a Enfermos Mentales de 3 de julio de 1931 se mantuvo vigente durante todo el periodo estudiado. En general, en el Manicomio Nacional de Leganés se cumplió el procedimiento de ingreso que incluía los certificados médicos y los envíos de los partes semestrales a la autoridad judicial y/o gubernativa. Al ser un establecimiento dependiente de la Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales debía notificar dichos ingresos a esa Dirección en lugar de informar, a diferencia de otros establecimientos psiquiátricos, al Gobernador de la Provincia. Entre los supuestos de ingreso que autorizaba el mencionado decreto (voluntad propia, indicación médica y orden gubernativa o judicial) el más frecuente fue la indicación médica. A éstos se añadieron otros supuestos, utilizados sólo ocasionalmente, que incluyeron la “orden militar” y la “orden verbal de beneficencia”.

2. Durante los dos primeros años de nuestro estudio (1939-1941) permaneció vigente el *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885*, siendo sustituido por un nuevo *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés* en 1941. Este último autorizó un incremento del número de internos, tanto de beneficencia como de pensionistas, pasando de 200 a 400 plazas. Se favoreció la entrada de pensionistas con el fin de hacer frente a las dificultades económicas por las que atravesó el establecimiento en los primeros años de posguerra. Asimismo, el nuevo Reglamento suprimió algunos de los departamentos contemplados en el anterior de 1885, como fueron el de la infancia o el de pacientes judiciales.

3. A partir de 1939, prácticamente todas las historias clínicas contaban, a diferencia del período de la guerra, con la “hoja de entrada y vicisitudes” debidamente cumplimentada; sin embargo la presencia del “cuestionario interrogatorio” fue muy irregular, desapareciendo en el año 1946. Los registros evolutivos no se realizaron con la frecuencia que exigía el Reglamento de 1941 y desconocemos si los médicos realizaban la obligatoria visita diaria a los internos. Las historias clínicas contienen, además de los documentos administrativos referentes al ingreso (certificados médicos, partes judiciales.), algunos escritos o cartas de los enfermos no enviadas a su destino que ofrecen información valiosa sobre las condiciones del internamiento y sobre la vivencia subjetiva del sufrimiento y aislamiento de éstos, demostrándose la importancia de este tipo de fuentes en el análisis histórico de la medicina y la enfermedad desde la perspectiva del paciente.

4. El número de facultativos quedó establecido, en el Reglamento de 1941, en cinco plazas, incrementándose el personal que trabajaba en el establecimiento, aunque no se puede garantizar que durante el periodo de estudio la plantilla estuviese siempre al completo. Algunos de los médicos ejercían en el Manicomio de Leganés desde los años treinta, pero en la década de los cuarenta hubo nuevas incorporaciones entre las que se puede destacar Manuel Peraita Peraita. Este neuropsiquiatra asumió el cargo de jefe facultativo en 1944 e introdujo novedades infraestructurales como el servicio de rayos X, laboratorios, quirófanos y talleres de laborterapia, con el fin de mejorar la actividad clínico-terapéutica y la asistencial. El Reglamento también reguló el número de practicantes en cuatro; sin embargo, la formación psiquiátrica del personal de enfermería siguió interrumpida. Las religiosas de la institución, a quienes se consignó una prestación económica, quedaron fortalecidas en sus funciones.

5. Durante la mayor parte del periodo estudiado, la población manicomial presentó una tendencia creciente sin alcanzar la ocupación máxima contemplada en el Reglamento de 1941. De hecho el manicomio nunca superó el límite de su capacidad, a diferencia del hacinamiento descrito en otras instituciones psiquiátricas españolas como el Instituto Mental de la Santa Creu en Barcelona, el Manicomio de San Baudilio de Llobregat o el Manicomio de mujeres de Ciempozuelos en Madrid. El perfil del paciente que ingresó era el de una mujer de unos 42 años, soltera, en la categoría de pensionista, con diagnóstico de esquizofrenia, procedente de Madrid y con una estancia en el Manicomio de Leganés inferior a 10 años.

6. Las altas fueron mayoritariamente por defunción y, en segundo lugar, por traslado. Se registraron altas por licencias temporales caducadas en un porcentaje mayor que en el periodo de la guerra. A diferencia de otros establecimientos psiquiátricos como el Manicomio de Conxo, apenas se registraron evasiones en Leganés. Durante la inmediata posguerra continuó la tendencia ascendente de mortalidad ya iniciada durante la guerra, con un número de defunciones mayor en varones que en mujeres. La tasa de mortalidad en otros establecimientos psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico de Valladolid, el Manicomio de Sant Boi, el Instituto Mental de la Santa Creu y el Manicomio de Conxo) fue incluso más elevada, pero con un perfil similar al de Leganés, Conxo y la Santa Creu, aproximándose sus valores en los inicios de los años cincuenta. Las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades cardiocirculatorias no infecciosas (miocarditis, insuficiencias cardíacas y cardiopatías isquémicas), seguidas de las neurológicas no infecciosas (apoplejías, epilepsias, esclerosis cerebrales y

reblandecimientos), las patologías respiratorias (principalmente tuberculosis) y digestivas (colitis y enterocolitis), éstas dos últimas de naturaleza infecciosa. No se registraron muertes atribuidas directamente a tifus exantemático, enfermedades carenciales o desnutrición.

7. El análisis realizado de los datos del Manicomio de Leganés es coincidente con otros estudios que afirman que, en España, se modificó el perfil epidemiológico en los años cincuenta. En el establecimiento, las tasas de mortalidad por causa infecciosa y no infecciosa, aumentaron de forma similar en los años 1941 y 1942. Sin embargo, en los primeros años de los cincuenta se registró un aumento de la mortalidad no infecciosa disminuyendo la infecciosa, en consonancia con la transición epidemiológica que se estaba produciendo en el país.

8. Los responsables de la institución enviaron los partes estadísticos que establecía el Decreto de 3 de julio de 1931 y la orden de 28 de noviembre del mismo año, en los que se recogían los diagnósticos clínicos organizados en diez grupos. Durante el periodo de estudio se afianzó la nosografía kraepeliniana, con diagnósticos como esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva, frente al declive de la paranoia y los delirios crónicos aunque, en ocasiones, se empleó la nosología francesa. Al finalizar la guerra desapareció el diagnóstico de demencia precoz consolidándose el de esquizofrenia, el cuadro más frecuente entre los internamientos. La segunda patología, en frecuencia, fue la oligofrenia. Con la incorporación de Manuel Peraita, de formación germánica, se produjo un aumento de los diagnósticos de psicopatías.

9. Las medidas terapéuticas administradas a los pacientes del Manicomio de Leganés fueron aumentando tras la Guerra Civil. En el periodo de nuestro estudio se abandonó definitivamente la piretoterapia y se introdujeron los antibióticos, de difícil abastecimiento en la posguerra. Los tratamientos quedaron mejor registrados que en épocas previas, debido fundamentalmente al empleo de plantillas que recogían la administración de las terapias de choque (choque insulínico, cardiazólico o electrochoque). A partir de 1944, coincidiendo con el uso del electrochoque, de más fácil aplicación y más económico, el coma insulínico y el choque cardiazólico comenzaron a decaer. En el mismo año se practicó la primera leucotomía prefrontal.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

FUENTES DE ARCHIVO

Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain:

Historias clínicas 1163-1769.

Fichas estadísticas 1939-1952 catalogadas como *Carpetas de estadísticas médicas (estadísticas de enfermos) de 1931-1940 y 1941-1962*.

Documentación correspondiente al periodo de la posguerra catalogada como *Jefatura facultativa*.

Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): cajas (08) 25.0244 / 2848-2; (08) 25.0244 /3108; (08) 25.0244 / 3107.

Fondo Documental del Instituto Nacional Estadístico.

PRENSA PERIÓDICA

ABC de Madrid, 21 de mayo de 1940, p. 15; 17 de junio de 1947, p. 5.

ABC de Sevilla, 19 de junio de 1942, p.17.

Actas Españolas de Neurología y psiquiatría, (1939-1946).

Actas Luso-españolas de Neurología y psiquiatría, (1947-1952).

Boletín Oficial del Estado, 14 de febrero de 1939, 45, pp. 856-859; 2 de marzo de 1940, 62, pp. 1537-1539; 3 de noviembre de 1941, 311, pp. 8697-8701; 18 de mayo de 1942, 138, pp. 3501-3502; 27 de diciembre de 1942, 361, pp. 10592-10597; 4 de enero de 1943, 4, pp. 127-130; 5 de enero de 1943, 5, p. 168; 26 de febrero de 1943, 57, p. 1892; 1 de abril de 1943, 91, p. 2883; 4 de abril de 1943, 94, pp. 2970-2971; 31 de julio de 1943, 212, pp. 7406-7431; 19 de agosto de 1943, 231, p. 8077; 5 de noviembre de 1943, 309, p. 10686; 26 de noviembre de 1944, 331, pp. 8908-8936; 18 de julio de 1945, 199, pp. 360-384, p. 374; 26 de diciembre de 1948, 361, pp. 5791-5792; 15 de junio de 1949, 166, p. 2689; 26 de octubre de 1949, 299, p. 4516.

Diario Regional de Valladolid, 12 de octubre de 1949, 13701.

El Alcázar, 22 de mayo de 1947.

Gaceta de Madrid, 15 de mayo de 1885, 135, pp. 447-450; 21 de mayo de 1885, 141, p. 511; 17 de septiembre de 1889, 260, p. 893; 2 de mayo de 1900, 122, p. 561; 8 de mayo de 1900, 128, p. 641; 29 de octubre de 1904, 301, p.340; 13 de junio de 1917, 164, pp. 685-686; 24 de septiembre de 1924, 268, pp. 1482-1483; 17 de noviembre de 1926, 321, p. 948; 7 de Julio de 1931, 188, pp. 186-189; 12 de noviembre de 1931, 316, p. 932; 2 de diciembre de 1931, 336, pp. 1376-1377; 17 de abril de 1932, 108, p. 408; 1 de junio

de 1932, 153, pp. 1603-1604; 2 de agosto de 1932, 215, p. 867; 14 de octubre de 1933, 287, pp. 394-395; 18 de febrero de 1936, 49, p. 1434.

FUENTES IMPRESAS

ÁLAMOS DE LOS RIOS, F. (1943), Contribución al estudio de la epilepsia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 167-168.

ALMEIDA AMARAL, N. (1946), El método quirúrgico de Moniz (leucotomía) en la terapéutica de las enfermedades mentales, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 147-155.

ALMEIDA AMARAL, N. (1948), Resultados comparativos entre la leucotomía prefrontal de Moniz y la lobotomía de Freeman, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 257-266.

ÁLVAREZ SAINZ DE AJA, E., BERTOLOTTY RAMÍREZ, R. (1930), La inoculación de paludismo en la parálisis general progresiva. Método de Wagner von Jauregg, *Medicina Íbera*, 24, 473-483.

BARAHONA FERNANDES, H. J. (1947), Sobre la leucotomía prefrontal, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 77-82.

BARAHONA FERNANDES, H. J. (1948), Profesor Egas Moniz, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 253-256.

BARAHONA FERNANDES, H. J. (1949), Mecanismo de acción de la leucotomía, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 8, 274-295.

BARAHONA FERNANDES, H. J., POLONIO, P., GOMES, S. (1948), Estudios y psicológicos sobre la leucotomía, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 274-298.

BLEULER, E. (1911), Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. En ASCHAFFENBURG, G. (ed.), *Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig and Vienna, Breitkopf und Hartel, pp. 1911-1928.

BORDAS, R. (1945), La avitaminosis en los enfermos de la clínica mental de la Diputación durante el trienio 1937-1939, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 90-91.

BRIERRE DE BOISMONT, A. J. F. (1864), Des écrits des aliénés, *Annales médico-psychologiques*, 1, 257-263.

CERLETTI, U. (1952), Indications respectives des méthodes de choc. En EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.), *Thérapeutique Biologique (Rapports parus avant le Congrès)*, Editions du Congrès International de Psychiatrie, t. 4, Paris, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 11-15.

CÓRDOBA, J., MARTI GRANELL, A., PIGEN, J. M. (1942), Crítica de los resultados de la cardiazolterapia en la psicosis, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 278-280.

CRIADO AMUNATEGUI, A. (1956), La mortalidad en España en los años 1901 a 1950, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1 (2), 1-101.

DELGADO ROIG, J. (1942), Medicina legal militar en la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 147-51.

Decreto para la asistencia a los enfermos mentales (1931), (2000), *Revista de la AEN*, 75, 181-188.

DOMINGO SIMO, F., RUIZ AGUILERA, J. (1950), La electronarcosis como última y positiva adquisición de los tratamientos convulsionantes. *II Congreso de neuropsiquiatría. Comunicaciones*, Valencia, Mayo-Junio 1950, Madrid, Imp. Cosano, pp. 29-37.

EDITORIAL (1925), Editorial, *Archivos de Neurobiología*, 5 (2), 83-84.

EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.) (1952), *Thérapeutique Biologique, (Comptes rendues des séances), Premier Congrès Mondial de Psychiatrie*, t. 4, Paris, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 10-451.

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, J. (1942), Aportación clínica a los tratamientos de Sakel y Von Meduna, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 239-244.

FERNÁNDEZ SANZ, E. (1907), Clasificación de las enfermedades mentales, *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, 17, 52-53.

FERNÁNDEZ SANZ, E. (1914), El trabajo como medio terapéutico en el tratamiento de las psiconeurosis, *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 104 (1323), 89-97.

FERNÁNDEZ SANZ, E. (1920), La hidroterapia en las psiconeurosis, *Siglo Médico*, 67, 449-451.

FERNÁNDEZ SANZ, E. (1926), El aislamiento y la reclusión de los enfermos neuróticos y psiconeuróticos, *Siglo Médico*, 3811, 621-624.

FERNÁNDEZ SANZ, E. (1928), Los Sanatorios-talleres en el tratamiento de las psicopatías benignas, *Archivos de Medicina Cirugía y especialidades*, 366, 725-727.

FERNÁNDEZ SANZ, E. (1930), Taxonomía psiquiátrica y asistencia a los alienados, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 31, 29-32.

FERNÁNDEZ SANZ, A., CONDE V. (1969), *Breve historia del Hospital Psiquiátrico de Leganés*, Madrid, Puedo artes graficas.

FIGUERIDO TORIJA, C. A. (1946), El problema de las remisiones espontáneas y terapéuticas en la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 30-43.

FREEMAN, W. (1948), Funciones de los lóbulos frontales según resultados de la leucotomía prefrontal, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 299-306.

GALCERÁN, A. (1885), Consideraciones críticas sobre el Real Decreto sobre la Reglamentación de los Manicomios, *Revista Frenopática Barcelonesa*, 5, 125-132

GAY PRIETO, J., LÓPEZ VILLAFUERTES, A., PASCUAL SANTAMERA, A., ORUSCO HERNANDO, M. (1955), Tratamiento de la sífilis con penicilinas retardadas, *Actas Dermo sifiliográficas*, 46, 555-561.

GONZÁLEZ FERRADAS, M. (1943), La asistencia psiquiátrica en España, *Semana Médica Española*, 117, 1-10.

GONZÁLEZ PINTO, R. (1942), Psicosis de guerra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 133-144.

GONZÁLEZ PINTO, R., FERNÁNDEZ VILLANUEVA, L. (1942), Las formas más frecuentes de psicosis situacionales en prisioneros de guerra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 145-147.

GONZÁLEZ PINTO, R., FERNÁNDEZ VILLANUEVA, L., OLANO LLEREGUI, V., IZAGUA GOICOECHEAUNDIA, L., PAREDES, N. (1942), Nuestra experiencia en el empleo del cardiazol y de la insulina en las psicosis, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 203-9.

GONZÁLEZ PINTO, R., IZAGUA GOICOECHEAUNDIA, L. (1942), Complicaciones más comúnmente observadas en los tratamientos de cardiazol e insulina, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 209-215.

GRANDE COVIAN, F. (1939), *La alimentación en Madrid durante la Guerra. (Estudio de la dieta suministrada a la población civil madrileña durante diecinueve meses de guerra: Agosto 1937 a febrero de 1939)*, Madrid, Publicaciones de la Revista de Sanidad e Higiene Pública.

GRANDE, F., PERAITA, M. (1941a), *Avitaminosis y Sistema Nervioso*, Barcelona, Miguel Servet.

GRANDE, F., PERAITA, M. (1941b), Vitaminas y sistema nervioso, *Revista Clínica Española*, 2 (3), 210-232.

GUTIÉRREZ HIGUERAS, J. P., CAMY SÁNCHEZ-CAÑETE, P. (1942), Experiencias recogidas con el método terapéutico de Von Meduna, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 217-233.

GUTIÉRREZ, J. P., CAMY, P. (1943), Pelagra y síndromes pelagroides durante nuestra guerra de liberación, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 89-90.

Instrucción General y Reglamentos interiores de los asilos y colegios pertenecientes a la Beneficencia General (1873), Madrid, Imprenta Nacional.

- JASPERS, K. (1951), *Psicopatología general*, Buenos Aires, Beta.
- JESSNER, L., RYAN, V. G., SOLOMON, H. C. (1941), *Shock treatment in psychiatry: a manual*, New York, Grune & Stratton Incorporated.
- JUARROS Y ORTEGA, C. (1920), *Tratamiento de la morfinomanía*, Madrid, S. Calleja.
- KRETSCHMER, E. (1947), *Constitución y carácter*, Barcelona, Ed. Labor.
- KRETSCHMER, E. (1954), *Psicología médica*, Barcelona-Madrid, Ed. Labor.
- LASÈGUE, C. E. (1852), Du délire de persécutions, *Archives General Médecine*, 28, 129-150.
- LEY GRACIA, E. (1941), Tratamiento quirúrgico de las epilepsias post-traumáticas, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 261-7.
- LÓPEZ IBOR, J. J. (1941), Epilepsia genuina y lóbulo temporal, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 117-32.
- LÓPEZ IBOR, J. (1942a), Neurosis de guerra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 112-129.
- LÓPEZ IBOR, J. J. (1942b), *Neurosis de guerra*, Barcelona-Madrid, Ed. Científico Médica.
- LÓPEZ IBOR, J. J. (1947a), Psicosis seniles, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 6-26.
- LÓPEZ IBOR, J. J. (1947b), Leucotomías y lóbulo frontal, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 235-240.
- LÓPEZ IBOR, J. J. (1948), Indicaciones restringidas de la leucotomía, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 307-311.
- LÓPEZ IBOR, J. (1950), Necrológicas, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 9 (1), 53-56.
- LÓPEZ IBOR, J. J. (1952), Indications respectives des methodes de choc. En EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.), *Thérapeutique Biologique (Rapports parus avant le Congrès)*, Editions du Congrès Internacional de Psychiatrie, t. 4, Paris, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 22-30.
- LÓPEZ IBOR, J. J., PERAITA, M. (1941a), Sobre latirismo, *Actas Españolas de Neurología Psiquiatría*, 2, 25-33.
- LÓPEZ IBOR, J. J., PERAITA, M. (1941b), Hemangioma epidural, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 93-116.

- LÓPEZ IBOR, J. J., PERAITA, P. (1951), Indicaciones restringidas de la leucotomía en nuestra experiencia, *Revista Española de Otoneurooftalmología y Neurocirugía*, 10 (55), 187-191.
- LLOPIS, B. (1940), La psicosis pelagrosa nerviosa, *Revista Clínica Española*, 2 (3), 210-232.
- LLOPIS LLORET, B. (1940), La psicosis pelagrosa, la psicopatología general y la nosografía psiquiátrica, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 174-193.
- LLOPIS, B. (1941), Algunas consideraciones generales sobre la pelagra, *Revista Clínica Española*, 3 (4), 328-334.
- LLOPIS, B. (1943), Los trastornos psíquicos en la pelagra (enfermedad de Casal), *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 7-31.
- LLOPIS, B. (1946a), *Psicosis pelagrosa*, Barcelona, Científico-Médica.
- LLOPIS, B. (1946b), Relaciones reciprocas entre pelagra y psicosis, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 229-34.
- MACIÁ, C. (1951), Sobre Clasificación de las personalidades psicopáticas y su relación con las psicosis endógenas, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 10, 213-9.
- MARCE, L-V. (1864), De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale, *Annales d'Hygiène publique et de médecine légale*, 21, 2ª serie, 379-408.
- MARCO MERENCIANO, F., RUIS VIVÓ, J. M. (1940), El electroshock en psiquiatría, *Acta Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1 (3-4), 193-8.
- MARCO MERENCIANO, F. (1942a), *Esquizofrenias Paranoides: Psicopatologia y Tratamiento*, Barcelona, Miguel Servet.
- MARCO MERENCIANO, F. (1942b), Estudio comparado de las esquizofrenias por el cardiazol y el electrochoque, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 214-216.
- MARCO MERENCIANO, F. (1946), Interferencias esquizoepilépticas, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 57-64.
- MARCO MERENCIANO, F. (1952), Discusion. En EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.), *Thérapeutique Biologique (Rapports parus avant le Congrès)*, Editions du Congrès Internacional de Psychiatrie, t. 4, Paris, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 110-114.
- MÁRQUEZ, J. J., PERAITA, M. (1940), Los capilares en los síndromes neurológicos de la pelagra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 198-219.

- MARTÍN SANTOS, L. (1950), El problema de la alucinación alcohólica, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 9, 136-48.
- MARTÍN SANTOS, L. (1952), Ideas delirantes primarias, esquizofrenia y psicosis alcohólica aguda, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 11, 322-33.
- MARTÍN DE VELASCO, E. (1872), El Manicomio de Leganés: La Casa de Dementes de Santa Isabel, *La Ilustración Española y Americana*, 42, 661-662.
- MASA DOMINGO, C. (1941), Correlaciones fisiopatológicas en la cardiazolterapia convulsionante, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 181-200.
- MENDIGUCHÍA CARRICHE, A. (1955), Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés, *Archivos de neurobiología*, 18 (3), 933-944.
- MENDIGUCHÍA, A., MARTÍN-VEGUÉ, A., FERNÁNDEZ MÉNDEZ, E. (1930), La piretoterapia con el azufre en el tratamiento de la psicosis, *Medicina Ibero*, 24, 205-207.
- MIRA, E. (1943), *Psichiatry in war*, New York, W.W. Norton and Company Inc.
- MOREAU DE TOURS, J. J. (1845), *Du hachisch el de l' aliénation mentale: étude psychologiques*, Paris, Librairie de Fontin, Masson et Cie.
- OSSENDOWSKI, F. (1922), *Beasts, Men and Gods*, New York, E. P. Dutton & Company.
- PALANCA, J. A. (1941), La situación sanitaria española, *Semana Médica Española*, 4 (1), 455.
- PALANCA, J. A. (1942), Los servicios sanitarios españoles a través de nuestra guerra de liberación, *Actualidad Médica*, 18 (205), 1.
- PALANCA, J. A. (1943), *Las epidemias de la posguerra. Discurso dado en la solemne sesión celebrada el día 28 de Mayo de 1943 en la Real Academia de Medicina*, Madrid, Instituto de España.
- PERAITA, M. (1940), Efectos terapéuticos del ácido nicotínico sobre los síntomas nerviosos y mentales de los pelagrosos, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 97-105.
- PERAITA, M. (1941), El tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico, *Acta Médica*, 1(4), 234-251.
- PERAITA, M. (1943), La clínica de las neuropatías carenciales observadas en Madrid, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 32-53.
- PERAITA, M. (1946a), Otfried Foerster y su época, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 2-18.

PERAITA, M. (1946b), Deficiency neuropathies observed in Madrid during the civil war (1936-1939), *The British Medical Journal*, 23, 784.

PERAITA, M. (1946c), Acerca del tratamiento de la parálisis general progresiva, según el método de D. Goldmann, *Revista Clínica Española*, 2 (33), 3, 227-237.

PERAITA, M. (1947a), El complejo sintomático de Madrid: síndrome parestésico-causálgico, *Revista Clínica Española*, 26 (4), 225-234.

PERAITA, M. (1947b), Avitaminosis y sistema nervioso. (Recientes avances), *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 230-5.

PERAITA, M. (1949a), Las neuropatías carenciales en la segunda guerra mundial, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 8, 167-195.

PERAITA, M. (1949b), *Las Mielopatías funiculares carenciales (Grupo de la pelagra)*, Madrid, CSIC.

PERAITA, M., FERNÁNDEZ-SANZ MÉNDEZ, A. (1946), Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquídea de penicilina, *Revista Clínica Española*, 2 (20), 2, 144-145.

PERAITA, M., MARQUEZ BLASCO, J. (1940), Temperatura cutánea y regulación vasomotora en enfermos avitamínicos, (grupo de la pelagra), *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 219-41.

PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL, J. (1931), *La piretoterapia no malárica en diversas formas de esquizofrenia: estudio de las reacciones de la microglía a variados agentes piretoterápicos*, Tesis doctoral, Santiago, Tip. Faro de Vigo.

PRIETO VIDAL, A. (1941), La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos), *Semana Médica Española*, 115, 591-602.

PRIETO VIDAL, A., LÓPEZ SANZ, I., RIO, A. (1942), Nuestra experiencia del electrochoque con técnica propia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 281-288.

REY ARDID, R. (1932), Organización de la terapéutica activa en los Manicomios españoles, *VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras*, Granada, pp. 1-24.

RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1921), Progresos recientes en el tratamiento de la neurosífilis, *Archivos de Neurobiología*, 2 (1), 56-70.

RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1924a), Investigaciones experimentales recientes sobre sífilis neurotrópica y el problema de la parálisis general, *Archivos de Neurobiología*, 4, 54-70.

RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1924b), Sobre la tabes, *Archivos de Neurobiología*, 4, 97-117.

RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1924c), Sobre la narcosis prolongada por el Somnifene en psiquiatría, *Medicina Ibero*, 18 (2), 1157-1159.

RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1924d), La terapéutica por el sueño prolongado en psiquiatría, *Medicina Ibero*, 18 (2), 1061-1063, p. 1061.

RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1925), Sobre el tratamiento de la parálisis general por el paludismo y la fiebre recurrente, *Archivos de Neurobiología*, 5, 101-128.

RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1952), La persona del esquizofrénico, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 7 (21), 87-94.

ROJAS BALLESTEROS, L. (1940), Algunas notas de psiquiatría militar de la guerra española, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 35-49.

ROJAS BALLESTEROS, L. (1942), Psiquiatría de guerra, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 90-112.

SABATER, A. (1940), Sobre la erotización por el cardiazol, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 241-242.

SACRISTÁN, J. M., PERAITA, M. (1933), El metabolismo del bromo en la psicosis maniaco depresiva, *Archivos de Neurobiología*, 13 (1), 1-5.

SACRISTÁN, J.M., RODRÍGUEZ LAFORA, G., ESCALAS, J. (1930), Reforma del reglamento de 1885, *Higiene Mental*, 3, 6-12.

SALAS Y VACA, J. (1929), *Mejoras realizadas en los servicios del Manicomio Nacional*, Madrid, Establecimiento Tipográfico, Artes graficas.

SALES VÁZQUEZ, VARELA DE SEIJAS, ZALBA MODET. (1952), Los problemas médico-forenses que plantean los tratamientos biológicos. *III Congreso nacional de neuro-psiquiatría. Conmemoración del centenario del profesor Ramón y Cajal*, III Ponencia, Madrid, Folleto, pp. 1-26.

SARGANT, W. (1951), Leucotomía en trastornos psicósomáticos, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 10, 247-59.

SARRÓ BURBANO, R. (1940), *Tratamiento moderno de las Esquizofrenias*, Barcelona, Colección españolas de monografías medicas.

SCHNEIDER, K. (1951), *Psicopatología clínica*, Madrid, Ed. Paz Montalvo.

SILVA, P. E. (1952), Discusiones sobre el electrochoque. En EY, H., MARTY, P., DESCLAUX, P. (eds.), *Thérapeutique Biologique (Rapports parus avant le Congrès)*, Editions du Congrès Internacional de Psychiatrie, t. 4, Paris, Hermann et Cie, Editeurs, pp. 92-93.

SIMON, H. (1937), *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*, Barcelona, Salvat editores.

SOLÉ SAGARRA, J. (1948), Fisiopatología de la Esquizofrenia. (Probable acción de los tratamientos convulsivantes), *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 131-144.

SOLÉ SAGARRA, J. (1949), "La influencia de Kretschmer en la medicina, la psiquiatría y la literatura psicológica española", *Revista de Psicología General y Aplicada*, 4, 475-511.

SORIANO M. (1940), *Síntesis médica mundial*, Barcelona, Ed. Sociedad española de especialidades fármaco terapéuticas.

STENGEL, E., CARSEL, J. (1948), Relación de los resultados de una serie de 320 casos de leucotomía prefrontal, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7 (4), 312-318.

VALLEJO NÁGERA, A. (1926), *Malarioterapia y Pronóstico de la Parálisis Progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro.

VALLEJO NÁGERA, A. (1928a), Valor curativo de la piretoterapia en las esquizofrenias, *Medicina Íbera*, 22, 57-60.

VALLEJO NÁGERA, A. (1928b), Piretoterapia de la demencia precoz, *Siglo médico*, 83, 778-781.

VALLEJO NÁGERA, A. (1929), *El tratamiento de la Parálisis General y otras Neurosífilis*, Barcelona, Labor.

VALLEJO NÁGERA, A. (1938), Observaciones psiquiátricas de la guerra de España, *Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra*, 1, 20-25.

VALLEJO NÁGERA, A. (1940), *Tratamientos de las enfermedades mentales*, Madrid, Sucesores de Rivachueneyra, S.A.

VALLEJO NÁGERA, A. (1942), *Psicosis de guerra*, Madrid, Ediciones Morata.

VALLEJO NÁGERA, A. (1944), *Tratado de psiquiatría I, psicopatología general*, Barcelona-Buenos aires, Ed. Salvat.

VALLEJO NÁGERA, A., ÁLVAREZ NOUVILLAS, P. (1928), Piretoterapia en la alucinosis esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 8 (6), 273-288.

VALLEJO NÁGERA, A., GONZÁLEZ PINTO, R. (1927), *Nuestra experiencia clínica sobre la Malarioterapia de la Parálisis General Progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro.

VALLEJO NÁGERA, A., GONZÁLEZ PINTO, R. (1930), Paludización terapéutica en pacientes epilépticos, *Archivos de Neurobiología*, 10 (1), 138-146.

VARA LÓPEZ, R. (1942), Epilepsia postraumática, *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 27-52.

VELA DEL CAMPO, L., DE LA VEGA, P. (1941), Complicaciones tardía en los tratamientos de Sakel y Meduna, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 46-51.

VILANOVA, X. (1946), El tratamiento de la penicilina por la sífilis, *Actas Dermo sifiliográficas*, 38, 221-69.

VILLACIAN REBOLLO, J. M^a. (1929), Piretoterapia por vacuna, *Medicina Íbera*, 23, 97-99.

VILLACIAN REBOLLO, J. M., PÉREZ GARCÍA, A., CORRAL, L. M., GALLEGU, M. (1942), Resultados comparativos del tratamiento de la psicosis de la insulina con el cardiazol, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 198-203.

VILLACIAN REBOLLO, J. M., SÁNCHEZ GARCÍA, A. (1940), Un año de cardiazolterapia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 60-8.

VILLAVERDE Y LARRAZ, J. M., (1924), La narcosis continua de Klassi y sus aplicaciones terapéuticas, *Medicina Íbera*, 18, 1052-1056.

VILLAVERDE Y LARRAZ, J. M^a. (1925), Sobre la narcosis continua por el Somnifene en psiquiatría, *Medicina Íbera*, 19, 53-58.

VIOTA Y SOLIVA, E. (1896), *Memoria Histórica del Hospital de Dementes de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Est. Tipográfico de A. Avrial.

ZARAGOZA, ANTICH, J. (1950), Los índices de la oligofrenia en Valencia. Su asistencia. *II Congreso de neuropsiquiatría. Comunicaciones*, Valencia, Mayo-Junio 1950, Madrid, Imp. Cosano.

BIBLIOGRAFÍA SECUNDARIA

AGUILAR DOMENECH, R. (1991), *La introducción a la historia de la legislación psiquiátrica española del siglo XIX*, Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona.

ALONSO P., COBOS T., GARCÍA L., PÉREZ CIPITRIA A., SEGURA A., VELASCO A. (2004), Los archivos del "Villacian": casos judiciales. En ÁLVAREZ MARTÍNEZ, J. M^a., ESTEBAN ARNÁIZ, R. (editores), *Crimen y locura*, Madrid, AEN, pp. 135-148.

ALONSO SEDANO, M. A. (1988), *El fármaco en la terapéutica del enfermo mental en el Hospital "San José" de Ciempozuelos (1877-1936)*, Universidad de Alcalá de Henares, Facultad de Farmacia.

ÁLVAREZ, J. M. (1996), La invención de las parafrenias, *Revista de la AEN*, 16 (57), 75-78.

ÁLVAREZ, J. M. (1997a), ¿Qué fue de la paranoia? En VV.AA., *La Salud Mental en los noventa. Clínica, prácticas, organización*, Valladolid, Asociación Castellano-Leonesa de salud mental, pp.43-79.

ÁLVAREZ, J. M. (1997b), De nuevo la paranoia. En ÁLVAREZ, J. M., COLINA, F. (eds.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dorsa, pp.37-80.

ÁLVAREZ, J. M. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Editorial Gredos, SA.

ÁLVAREZ, J. M., COLINA, F., ESTEBAN, R. (2007), *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación de Paul Serieux y Joseph Capgras*, Madrid, Biblioteca del Pisuerga, Ergon.

ÁLVAREZ, J. M., ESTEBAN, R., SAUVAGNAT, F. (2004), *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Editorial Síntesis.

ÁLVAREZ PELAEZ, R. (2007), Eugenesia y franquismo. Una primera aproximación. En VALLEJO, G., MIRANDA, M. (eds.), *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*, Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 143-168.

ÁLVAREZ-URÍA, F. (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets.

ANGOSTO SAURA, T. (1985), D. José Pérez-López Villamil o la pasión por el recuerdo, *Revista de la AEN*, 5 (15), 484-492.

ANGOSTO SAURA, T., GARCÍA ÁLVAREZ, M. X., GONZÁLEZ GARCÍA, A. (1997), Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 61-87.

APARICIO BASAURI, V., SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A E. (1997), Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986), *Revista de la AEN*, 61, 125-145.

ARTIÈRES, P. (1998), *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*, Paris, Institut Synthélabo (col. Les Empêcheurs de penser en rond).

ARTIÈRES, P. (2000), *Le livre des vies coupables. Autobiographies de criminels (1896-1909)*, Paris, Albin Michel.

AZTARAIN, J. (2005), *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Pamplona, Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.

BAILLARGER, J. (1854) (1995), Locura de doble forma (traducción de José M. Álvarez), *Revista de la AEN*, 15 (55), 671-680.

BAILLY-SALIN, P. (2006), The mentally ill under nazi occupation in France, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), 11-25.

- BALBO, E. (1994), El hospital psiquiátrico de Leganés, *El médico*, 541, 677-682.
- BALBO, E. (1998), Medicina y sociedad en la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: una historia clínica de 1858-1869. En BALLESTER, R. (ed.) *La Medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales (siglos XVIII a XX)*, Alicante, Instituto de Cultura "Juan Gil-Albert", pp. 265-275.
- BARFOOT, M., BEVERIDGE, A. W. (1990), Madness at the crossroads: John Home's letters from the Royal Edinburgh Asylum, 1886-87, *Psychological Medicine*, 20, 263-284.
- BARRIOS FLORES, L. F. (2000), Un siglo de psiquiatría penitenciaria, *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 1, 23-30.
- BARRIOS FLORES, L. F. (2007), Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria, *Revista de la AEN*, 27 (100), 473-500.
- BERCOVITZ, R. (1976), *La marginación de los locos y el derecho*, Madrid, Taurus.
- BERNABEU MESTRE, J., GASCÓN PÉREZ, E. (1999), *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*, publicaciones de la Universidad de Alicante, Espagrafic, Murcia.
- BERRIOS, G. E. (1991), Psychosurgery in Britain and elsewhere: a conceptual history, EN BERRIOS, G. E., FREEMAN, H. (eds.), *150 Years of British Psychiatry, 1841-1991*, London, Gaskell, pp. 181-5.
- BERRIOS, G. E. (1996), Early electroconvulsive Therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history. En FREEMAN, H., BERRIOS, G. E. (eds.), *150 Years of British Psychiatry*, London and Atlantic Highlands, Cambridge, Vol. 2 (The Aftermath), pp. 3-15.
- BERRIOS, G. E. (1997a), The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history, *History of Psychiatry*, 8, 105-120.
- BERRIOS, G. E. (1997b), The origins of psychosurgery: Shaw, Burckhardt and Moniz, *History of Psychiatry*, 8, 61-81.
- BERRIOS G. E. (2008), *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*, México, Fondo de Cultura Económica.
- BERRIOS, G. E., PORTER, R. (2012), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Ed. Triacastela.
- BEVERIDGE, A. (1995a), Madness in Victorian Edinburgh. A study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston (1873-1908), *History of psychiatry*, 6, 21-54.

BEVERIDGE, A. (1995b), Madness in Victorian Edinburgh. A study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston (1873-1908), *History of psychiatry*, 6, 133-156.

BEVERIDGE, A. (1998), Life in the Asylum: patients letters from Morningside, 1873-1908, *History of Psychiatry*, 9, 431-469.

BOLUFER, M. (2007), Género, historia e historia de la medicina: diálogos historiográficos. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 635-645.

BREGGIN, P. R. (2007), *Brain disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psycho-pharmaceutical complex*, 2nd ed., New York, Springer.

BROWN, E. M. (2000), Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane, *History of Psychiatry*, 11 (4), 371-382.

BUDA, O. (2010), The face of madness in Romania: the origin of psychiatric photography in Eastern Europe, *History of Psychiatry*, 21, 278-293.

CAMPOS, R. (1995), La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, *Hispania*, 55 (3), 1093-1112.

CAMPOS, R. (1997), *Alcoholismo, Medicina y sociedad en España (1876-1923)*, Madrid, CSIC.

CAMPOS, R. (2001), De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad, *Frenia*, 1 (1), 37-64.

CAMPOS, R. (2003), Criminalidad y locura: El cura Galeote, *Frenia*, 3 (2), 111-146.

CAMPOS, R. (2010), Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso morillo (1882-1884), *Frenia*, 10, 95-122.

CAMPOS, R. (2012), *El caso Morillo: crimen locura y subjetividad en la España de la Restauración*, Madrid, CSIC-Frenia.

CAMPOS, R., HUERTAS, R. (2012), Medicina mental y eugenesia: los fundamentos ideológicos de la psiquiatría franquista, *Historia del Presente*, 20 (2), 11-22.

CAMPOS, R., MARTÍNEZ-PÉREZ, J., HUERTAS, R. (2000), *Los ilegales de la Naturaleza, Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC.

CANDELA, R., VILLASANTE, O. (2011), Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En MARTÍNEZ AZUMENDI, O., SAGASTI LEGARDA, N., VILLASANTE, O. (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid, AEN, pp. 201-220.

- CARRERAS, A., TAFUNELL, X. (coordinadores), (2005), *Estadística histórica de España: siglo XIX-XX*, Fundación BBVA.
- CASCO SOLIS, J. (1995), Autarquía y nacional-catolicismo. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extraeditorial, pp. 197-228.
- CASCO SOLIS, J. (1999), Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960). En FUENTENEGBROS, F., BERRIOS, G.E., ROMERO, I., HUERTAS, R. (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un tiempo de silencio. Luis Martín Santos*, Madrid, Necodisne Ediciones, pp. 85-130.
- CASTEL, R. (1980) [1976], *El orden psiquiátrico*, Madrid, La Piqueta.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1963), Vieja y nueva psiquiatría, *Archivos de Neurobiología*, 26, 215-226 y 311-324.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1977a), La psiquiatría española (1939-1975). En CASTELLET, J.M. (ed.), *La cultura bajo el franquismo*, Barcelona, Anagrama, pp. 79-102.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1997b), *Pretérito imperfecto*, Barcelona, Tusquets.
- CASTILLA DEL PINO, C. (2007), Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica, *Revista de la AEN*, 99, 105-118.
- CASTILLO, A., SIERRA, V. (2005), *Letras Bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Ediciones Trea.
- CAYUELA, S. (2009a), *La biopolítica en la España franquista*, Tesis doctoral inédita, Universidad de Murcia.
- CAYUELA, S. (2009b), El nacimiento de la biopolítica franquista. La invención del homo patines, *Isegoría*, 40, 273-288.
- CAYUELA, S. (2011), Biopolítica, nazismo, franquismo. Una aproximación comparativa, *Éndoxa*, 28, 257-286.
- COCKS, G. (1987), *Psychotherapy in the Third Reich: The Göring Institute*, New York, Oxford University Press.
- COLINA, F. (2007), Locas letras (Variaciones sobre la locura de escribir), *Frenia*, 7, 25-59.
- COLINA, F., ÁLVAREZ, J. M. (1994), *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa.
- COLONOS, F., MARSAULT, E. (1988), *Comme des jongleurs insensibles. Les psychanalystes allemands et la montée du nazisme*, Paris, Frénésie.

COMELLES, J. M. (1980), Ideología asistencial y práctica económica. En VV.AA., *Actas del I Congreso Español de Antropología*, Barcelona, Universidad de Barcelona, pp. 337-401.

COMELLES, J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, PPU.

COMELLES, J. M. (2005), El purgatorio del doctor torras. Reforma y reacción en la psiquiatría catalana del s. XX, *Frenia*, 5 (1), 101-132.

COMELLES, J. M. (2006), *Stultifera Navis. La locura el poder y la ciudad*, Lleida, Editorial Milenio.

COMELLES, J. M., MARTÍNEZ HERNAEZ, A. (1994), The Dilemmas of Chronicity: the Transition of care policies from the authoritarian states to the welfare state in Spain, *International Journal of Social Psychiatry*, 40 (4), 283-295.

CONSEGLIERI, A. (2008), La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel, *Frenia*, 8, 131-160.

CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007a), La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 269-285.

CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007b), Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés, *Revista de la AEN*, 99 (1), 119-141.

CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007c), “La imbecilidad como exención de responsabilidad: el peritaje de Esquerdo en el proceso judicial de Otero”, *Frenia*, 7, 213-228.

CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2008), Un regicida frustrado: la imbecilidad de Otero según Esquerdo. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTEVEZ, J., DEL CURA, M., BLAS, L.V. (coordinadores), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 283-310.

CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O., DEL CURA, I. (2007), El manicomio nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales”. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 555-568.

CRESPILLO CALLEJA, JM. (1986), *El fármaco como alternativa terapéutica de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés, durante el primer siglo de actividad asistencial: 1852-1951*. Tesis doctoral, Universidad Alcalá de Henares.

CUÑAT, M. (2007), Las cartas “locas” de Doña Juana Sagrera, *Frenia*, 7, 89-107.

DE LA GÁNDARA MARTÍN, J. J. (2008), Psico-Neuro-Biología de la creatividad Artística, *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (1), 26-46.

DEL CURA, I. (2004), *Problemas epidemiológicos, médicos y sociales del latirismo en España*, Tesis doctoral, UAM.

DEL CURA, I., HUERTAS, R. (2007), *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947*, Madrid, CSIC.

DEL CURA, I., HUERTAS, R. (2008), The siege of Madrid (1937-1939). Nutritional and clinical studies during the Spanish civil war, *Food & History*, 6 (1), 193-214.

DEL CURA, M. (2003), Niños en el manicomio: la locura infantil en la casa de santa Isabel de leganés (1852-1936). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 611-633.

DEL CURA GONZÁLEZ, M. (2007), El comienzo de la asistencia "oficial" a los niños anormales en España: a Escuela Municipal de Deficientes en Barcelona (1910-1936). En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 541-554.

DEL CURA, M. (2007), Psiquiatría y pedagogía en la España de los años veinte y treinta. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 37-58.

DEL CURA GONZÁLEZ, M. (2008), Medicina y pedagogía en la escuela: el discurso sobre la normalidad infantil en la España del primer tercio del siglo XX. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTEVEZ, J., DEL CURA, M., BLAS, L.V. (coordinadores), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 433-455.

DEL CURA GONZÁLEZ, M. (2011), *Medicina y pedagogía: la construcción de la categoría "infancia anormal" en España (1900-1939)*, Madrid, CSIC.

DELGADO, M. (1986), Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871), *Asclepio*, 38, 273-297.

DUALDE BELTRÁN, F. (2004a), *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939-1975)*, Tesis doctoral, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.

DUALDE BELTRÁN, F. (2004b), La profilaxis de la enfermedad mental en la psiquiatría franquista: esquizofrenia, eugenesia y consejo matrimonial, *Revista de la AEN*, 92, 131-161.

DUKAKIS, K., TYE, L. (2006), *Shock: the healing power of electroconvulsive therapy*, New York, Avery.

ECHEVERRÍA URRUTIA, J. (1948) (2005), Excerptas de: “Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa”, Editado por la Excma. Diputación de Guipúzcoa, *Norte de Salud Mental*, 22, 76-83.

ESCOHOTADO, A. (1989), *Historia de las drogas*, Madrid, Alianza editorial.

ESPINO, J. A. (1987), La reforma psiquiátrica en la II República española. En HUERTAS, R., ROMERO, A. I., ÁLVAREZ, R. (coordinadores), *Perspectivas Psiquiátricas*, Madrid, CSIC, pp. 221-230.

ESPINO GRANADO, J. A. (1997), La formación del psiquiatra en España: Apuntes a modo de introducción. En APARICIO BASAURI, V. (comp.), *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA edit., pp. 107-143.

ESPINOSA, J. (1966), *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina.

ESPINOSA, J., BALBO, E, PESET, J. L. (1994), *Viejas y Nuevas psiquiatrías. El Manicomio de Leganés y la Medicina Contemporánea*, Leganés, Ayuntamiento de Leganés.

Estudio arquitectónico del Hospital Psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés (1986), CAM, Dirección General de Medio Ambiente y Patrimonio Arquitectónico MARC: 52019626.

FAUCI, A. S., BRAUNWALD, E., KASPERS, D. L., HAUSER, T., LONGO, D. L., JAMESON, J. L., LOSCALZO, J. (2008), *Harrison, Principios de Medicina Interna*, Mexico, McGraw-Hill Interamericana, 17ª edición.

FERNÁNDEZ DOCTOR, A. (1993a), Psychiatric care in Zaragoza in the eighteen century, *History of psychiatry*, 4, 373-393.

FERNÁNDEZ DOCTOR, A. (1993b), La asistencia psiquiátrica en la Zaragoza del siglo XIX, *Psiquis*, 14, 289-300.

FERRER BENIMELI J. A., (1980), *Masonería española contemporánea*, Madrid, Siglo veintiuno de España editores, Vol. 2.

FINK, M. (1984), Meduna and the origins of convulsive therapy, *American Journal Psychiatry*, 141, 1034-1041.

FOUCAULT, M. (1967), *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, Fondo de cultura económica.

FRIEDBERG, J. (1976), *Shock treatment is not good for your brain*, San Francisco, Glide.

GARCÍA CANTALAPIEDRA, M. J. (1992), *Historia del hospital psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*, Valladolid, Diputación de Valladolid.

GARCÍA DÍAZ, C., JIMÉNEZ LUCENA, I. (2010), Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (El Manicomio Provincial de Málaga, 1920-1950), *Frenia*, 10, 123-144.

GARCÍA RODRÍGUEZ, M. A. (2003), *El manicomio de Valencia en el siglo XIX*, Tesis Doctoral. Universitat de València.

GARCÍA RODRÍGUEZ, A. (2006), Del asilo al manicomio de Valencia en el siglo XIX. En LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPÉ, H., *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 199-337.

GARCÍA-ALBEA RISTOL, E. (1999), Las neuropatías carenciales en Madrid durante la Guerra Civil, *Neurología*, 14 (3), 122-129.

GARRABÉ, J. (1996), *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica.

GIMENO ÁLAVA, A. (1986), Neurología de ayer, Manuel Peraita Peraita (1908-1950), *Revista Española de Neurología*, 1, 41-48.

GINER MARTÍ, R., NAVARRO PEREZ, J. (1997), Los inicios de la psicocirugía en España. La escuela valenciana. En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 337-356.

GIRAL, F. (1994), *Ciencia española en el exilio (1939-1989): El exilio de los científicos españoles*, Barcelona, Anthropos.

GOFFMAN, E. (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 7ª reimpresión.

GONZÁLEZ, E. (1977), *A psiquiatría Galega e Conxo*, Madrid, Ediciones Rueiro.

GÓMEZ-SANTOS, M. (2007), *López Ibor: el hilo rojo en su pensamiento*, Madrid, Editorial Biblioteca Nueva.

GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1987), Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la posguerra española: la implantación de la psiquiatría de Heidelberg en España, *Revista de la AEN*, 7 (23), 633-647.

GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1995), La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extraeditorial, pp. 229-250.

GONZÁLEZ DURO, E. (1975), *La asistencia psiquiátrica en España*, Madrid, Miguel Castellote.

GONZÁLEZ DURO, E. (1978), *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*, Madrid, Akal.

GONZÁLEZ DURO, E. (1996), *Historia de la locura en España, III, Del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de hoy.

GONZÁLEZ DURO, E. (1997a), Psiquiatría “nacional”. En APARICIO BASAURI, V. (comp.), *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA edit., pp. 245-264.

GONZÁLEZ DURO, E. (1997b), Las instituciones psiquiátricas durante la época franquista. En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 425-452.

GONZÁLEZ DURO, E. (2008), *Los psiquiatras de Franco: Los rojos no estaban locos*, Barcelona, Península.

GUIMÓN, J. (2008), Terapia por el Arte, *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (1), 9-25.

HEIMANN NAVARRA, C. (1994), *El Manicomio de Valencia (1900-1936)*, Universidad de Valencia, Tesis doctoral.

HEIMANN, C. (2006), El manicomio de Valencia 1900-1936. En LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPE, H., *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479.

HECKER, E., (1995) [1871], La Hebefrenia: contribución a la psiquiatría clínica (1871), *Revista de la AEN*, 15 (53), 287-293.

HERNÁNDEZ MERINO, A. (2000), *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España. (1917-1986)*, Tesis doctoral, Universidad politécnica de Valencia.

HERNÁNDEZ, A. (2007), El tratamiento ocupacional frente a la pintura psicopatológica: Herman Simon, Emili Mira I Lopez. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 145-159.

HUERTAS, R. (1987), *Locura y degeneración*, Madrid, CSIC.

HUERTAS, R. (1991), “Esquirol y la psiquiatría post-revolucionaria”, Prólogo a ESQUIROL, J. E. D., *Memoria sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Ediciones Dorsa.

HUERTAS, R. (1998), Una nueva Inquisición para un Nuevo Estado: Psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera. En HUERTAS, R., ORTIZ, C. (eds.), *Ciencia y fascismo*, Aranjuez, Doce Calles, pp. 98-109.

- HUERTAS, R. (1998), *Clasificar y educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*, Madrid, CSIC.
- HUERTAS, R. (1999), Entre la doctrina y la clínica: la nosografía de J.E.D. Esquirol (1772-1840), *Cronos*, 2 (1), 47-66.
- HUERTAS, R. (2001), Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos, *Frenia*, 1 (2), 7-37.
- HUERTAS, R. (2002a), *Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis (Lafora, Vallejo-Nágera, Garma)*, Madrid, Nivela.
- HUERTAS, R. (2002b), *Organizar y persuadir. Estrategias personales y retóricas de legitimación de la Medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia.
- HUERTAS, R. (2004), *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia.
- HUERTAS, R. (2006), Hambre, enfermedad y locura: la aportación de Bartolomé Llopis al conocimiento de la psicosis pelagrosa, *Frenia*, 6, 79-107.
- HUERTAS, R. (2007), Spanish Psychiatry: The Second Republic, the Civil War and the Aftermat, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), pp. 61-72.
- HUERTAS, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría*, Madrid, Catarata.
- HUERTAS, R. (en prensa), 'You will have observed that I am not mad': Emotional Writings inside the Mental Asylum. En DELGADO, E. FERNÁNDEZ, P. LABANYI, J. (Dir. y ed.), *Engaging the Emotions in Spanish Culture and History (18th Century to the Present)*, Nashville-USA, Vanderbilt University Press.
- HUERTAS, R., DEL CURA, I. (2010), Deficiency Neuropathy in Wartime: The "Paraesthetic-Causalgic Syndrome" Described By Manuel Peraita During the Spanish Civil War, *Journal of the History of the Neurosciences*, 19, 173-181.
- INSABATO, L. (1940) (2004), La terapéutica por los shocks: insulina, cardiazol, electroshock. Tratamiento diacefalloquideo, *Norte de Salud Mental*, 20, 74-84.
- JAMES, F. E. (1992), Insulin treatment in psychiatry, *History of psychiatry*, 3, 221-235.
- JIMÉNEZ LUCENA, I. (1994), El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943). El uso de de una enfermedad colectiva en la legitimación del «Nuevo Estado», *Dynamis*, 14, 185-198.
- JORDÁ MOSCARDO, E., REY GONZÁLEZ, A. (2001), La introducción de la terapéutica psiquiátrica en al España del siglo XX (1901-1975). En ANGOSTO SAURA, T., RODRÍGUEZ LOPEZ, A., SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)*, III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría, Orense, AEN – Asociación Galega de Saúde Mental, pp. 125-132.

- JORDÁ MOSCARDO, E., REY GONZÁLEZ, A., ANGOSTO SAURA, T. (2007), La psiquiatría franquista y del exilio en el I Congreso Mundial de Psiquiatría. París, 1950. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 377-394.
- JUARROS Y ORTEGA, C. (2002), Tratamiento de la morfinomanía, *Frenia*, 2 (1), 138-154.
- KALHBAUM, L. (1987) [1874], La catatonie ou folie tonique, *Evolution Psychiatrique*, 52 (2), 367-439.
- KOTOWICZ, Z. (2008), Psychosurgery in Italy, 1936–39, *History of Psychiatry*, 19, 476–89.
- KRAEPELIN, E. (1999), *Cien años de psiquiatría*, Madrid, Asociación española de neuropsiquiatría.
- KRETSCHMER, E. (2000) [1918], *El delirio sensitivo de referencia*, Madrid, Triacastela.
- LÁZARO, J. (2000), Historia de la asociación española de neuropsiquiatría (1924-1999), *Revista de la AEN*, 75, 399-515.
- LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPE, H. (2006), *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesus*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479.
- LOBO ANTUNES, J. (2010), *“Egas Moniz-Uma Biografia”*, Portugal, Gradita.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F., ÁLAMO, C. (2007), *Historia de la psicofarmacología. La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y el desarrollo de los psicofármacos*, tomo 2, Madrid, Editorial medica panamericana.
- LÓPEZ-MUÑOZ, F., MOLINA, J., ÁLAMO, C. (2009), La terapéutica farmacológica de los trastornos mentales en la obra de Gonzalo R. Lafora, *Frenia*, 9, 71-96.
- LÓPEZ DE LERMA, J., DÍAZ GÓMEZ, M. (1991), *Historia del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos, 1881-1989. “Un siglo de psiquiatría y de historia de España”*, Madrid, Fareso.
- LÓPEZ DE LERMA, J., DÍAZ GÓMEZ, M. (2000), *Hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús, hoy complejo asistencial Benito Menni (1881-2000). Más de un siglo de psiquiatría*, Madrid, Fareso.
- MARMITT WADI, Y. (2005), Recreando la vida. Catarsis y escritura íntima en las cartas de una paciente psiquiátrica. En CASTILLO, A., SIERRA, V. (coord.), *Letras Bajo sospecha. Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Ediciones Trea, pp. 421-447.

MAROTO GARCÍA, M. (2010), *Leganés 1936-1979 (II), de la sumisión a la amnistía. Los alcaldes de Leganés durante el primer franquismo 1936-1949*. www.ciudadanosporelcambio.com.

MARTÍNEZ AZUMENDI, O. (2005), Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (III), *Norte de Salud Mental*, 22, 72-75.

MARTÍNEZ AZUMENDI, O. (2008), Fotografía y psiquiatría, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 8 (1), 63-75.

MARTÍNEZ AZUMENDI, O; <http://www.psiquifotos.com/2008/08/si-empezamos-por-el-principio-y-sin-que.html>.

MARTÍNEZ PÉREZ, J. (1997), “Una demanda social y un experto para responder a ella: vulgarización, peritaje forense e institucionalización de la psiquiatría en España”. En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 281-301.

MARSET CAMPOS, P. (1983), Condicionantes socioeconómicos en la psiquiatría española de la posguerra. En *I Seminario sobre la historia de la psiquiatría española*, Valencia, Cátedra de historia de la medicina.

MARSET CAMPOS, P., SÁEZ GÓMEZ, J. M., MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1995), La Salud Pública durante el Franquismo, *Dynamis*, 15, 211-250.

MASSON, M., AZORIN, J-M. (2006), The French mentally ill in World War Two. The lesson of history, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), 26-39.

MEYER-LINDENBERG, J. (1991), The Holocaust and German Psychiatry, *British Journal Psychiatry*, 159, 7-12.

MOLERO MESA, J. (1989), La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos anteriores a la Guerra Civil, *Dynamis*, 9, 185-223.

MOLERO MESA, J. (1994), Enfermedad y previsión social en España bajo el primer franquismo (1939-1952). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis, *Dynamis*, 14, 199-225.

MOLINARI, A. (2005), Autobiografías de Mujeres en el Manicomio italiano a principios del siglo XX. En CASTILLO, A., SIERRA, V. (coord.), *Letras bajo sospecha, Escritura y lectura en centros de internamiento*, Gijón, Trea, pp. 379-399.

MOLLEJO, E. (2001), *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*, Tesis doctoral, Salamanca, Universidad de Salamanca.

MOLLEJO APARICIO, E. (2003) Funcionamiento y régimen interno del manicomio de santa Isabel de Leganés (1852-1936). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 635-646.

- MOLLEJO APARICIO, E. (2011), *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*, Madrid, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- MOLLEJO, E., DEL CURA, M., HUERTAS, R. (2004), La práctica clínica en el manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas. En VV.AA., *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Murcia, Universidad de Castilla la Mancha, pp. 149-162.
- MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores) (2010), Dossier: enfermedad mental y cultura de la subjetividad (siglos XIX y XX), *Frenia*, 10, 7-189.
- MORO, A., VILLASANTE, O. (2001), La etapa de Luis Simarro en el Manicomio de Leganés, *Frenia*, 1 (1), 97-119.
- MORO, A. (2008), El histerismo en la obra de Fernández Sanz. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTEVEZ, J., DEL CURA, M., BLAS, L.V. (coordinadores), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 73-82.
- MÜLLER, TH., BEDDIES, T. (2007), The destruction of life unworthy of living in National Socialist Germany, *International Journal of Mental Health*, 35, 94-104.
- MÜLLER, TH., BEDDIES, T. (2007), Eutanasia y eugenesia en la Alemania de Weimar y del Tercer Reich. En MONTIEL, L., GARCÍA, M. (eds.), *Eutanasia: una perspectiva coral*, Madrid, CSIC/UCM, pp. 70-90.
- MUÑOZ, S. (2006), El psicofármaco en el periodo contemporáneo. En LÓPEZ-MUÑOZ, F., ÁLAMO, C. (directores), *Historia de la psicofarmacología*, Madrid, Panamericana edit., pp. 131-177.
- NOACK, TH., FANGEREAU, H. (2007), Eugenics, euthanasia and aftermath, *International Journal of Mental Health*, 36, 112-124.
- NÚÑEZ RONCHI, C. L. (2003), Histeria de conversión y feminismo: ideología vs. utopía. En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 751-757.
- ODIER, S. (1995), Saint-Egrève, des horreurs de Vichy à la médicalisation d'un asile (1930-1960), *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, 2 (3), 117-126.
- ODIER, S. (2006), *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1955)*, Thèse d'histoire soutenue à l'Université Lyon 3 Jean Moulin.
- ODIER, S. (2007), La surmortalité des asiles d'aliénés français durant la seconde guerre mondiale (1940-1945), *Frenia*, 7, 145-166.

- ÖGREN, K., SANDLUND, M. (2005), Psychosurgery in Sweden 1944-1964, *Journal of the History of the Neurosciences*, 14, 353-67.
- OLABARRÍA GONZÁLEZ, B. (1997), José Germain y los avatares de la primera institucionalización de la psicología en España. En APARICIO BASAURI, V. (comp.), *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA edit., pp. 193-214.
- OTTOSSON, J. O., FINK, M. (2004), *Ethics in electroconvulsive therapy*, New York, Brunner-Routledge.
- PASSIONE, R. (2004), Italian Psychiatry in an Internacional Context: Ugo Cerletti and the Case of Electroshock, *History of Psychiatry*, 15, 83-104.
- PAYNE, S. (1987), *El régimen de Franco*, Madrid, Alianza editorial.
- PESET, J.L., PESET, M. (1975), *Lombroso y la escuela positivista italiana*, Madrid, CSIC.
- PESET, J. L. (1995), El Manicomio Modelo en España. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría es España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extraeditorial, pp. 43-51.
- PESET, J. L. (1999), *Genio y desorden*, Valladolid, Cuatro Ediciones.
- PESET, J. L. (2001), Genio y degeneración en Gina Lombroso, *Frenia*, 1 (1), 121-128.
- PHIL FENNELL, P. (1996), *Treatment without consent: law, psychiatry, and the treatment of the mentally disordered people since 1845*, London, Routledge.
- PETER R., BREGGIN, P. R. (1979), *Electroshock: its brain-disabling effects*, New York, Springer.
- PLUMED, J., DUALDE, F., REY, A. (1997), El debate en torno a la demencia precoz a través de las revistas médicas españolas (1902-1928). En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 481-496.
- PLUMED, J., DUALDE, F. (2001), El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas, 1925-1975. En ANGOSTO SAURA, T., RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999), III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría*, Orense, AEN – Asociación Galega de Saude Mental, pp. 141-150.
- PORRAS GALLO, M. I. (1994), *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918 1919 en Madrid*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina.
- PORTER, R. (1985), "The Patient's View: Doing Medical History from below", *Theory and Society*, 14 (2), 175-198.

- PORTER, R. (1987), *A Social History of Madness. Stories of the Insane*, Londres, Weidenfeld and Nicolson.
- POSTEL, J., QUÉTEL, C. (1987), *Historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica.
- POSTEL, J., QUÉTEL, C. (Compil.) (1993), *Historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica.
- POSTEL, J., QUÉTEL, C. (coord.) (2000), *Nueva historia de la psiquiatría*, México D.F., Fondo de Cultura Económico.
- PRESSMAN, J. D. (1998), *Last resort: psychosurgery and the limits of medicine*, New York, Cambridge University Press.
- PRESTWICH, P. (1994), Family strategies and medical power: “voluntary” committal in Parisian asylum, 1876-1914, *Journal of Social History*, 27 (4), 799-818.
- QUÉTEL, C. (1990), *History of Syphilis*, Oxford, Polity Press.
- RAZ, M. (2008), Between the ego and the icepick: psychosurgery, psychoanalysis, and psychiatric discourse, *Bulletin of de History of Medicine*, 82, 387-420.
- REY GONZÁLEZ, A. M. (1982), “La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del siglo XIX”, *Revista de la AEN*, 4, 4-27.
- REY GONZÁLEZ, A., *Hemeroteca, Clásicos de la Psiquiatría del siglo XIX: Emilio Pi y Molist (1824-1892)*, 111-121. En www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc...gi.
- REY GONZÁLEZ, A., VICENTE MARTÍ BOSCA, J. (2008), En una fábrica de locos...Psiquiatría y prensa obrera en la Segunda república española. En MARTÍNEZ PÉREZ, J., ESTÉVEZ, J., DEL CURA, M., BLAS, L.V. (coordinadores), *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*, Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 165-196.
- RIGOLÍ, J. (2001), *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*, Paris, Fayard.
- RIOS MOLINA, A. (2004), Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX, *Frenia*, 4 (2), 17-35.
- RIOS MOLINA, A. (2009), *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, D. F., El Colegio de México, A.C.
- ROBLES GONZÁLEZ, E., GARCÍA BENAVIDES, F., BERNABEU MESTRE, J. (1996), La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990, *Revista Española de Salud Pública*, 70, 2, 224.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E., BALLESTER AÑON, R., PERDIGUERO, E., MEDINA DOMÉNECH, R.M., MOLERO MESA, J. (2003), *La acción medico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Madrid, CSIC.

RODRÍGUEZ PÉREZ, E. (1980), *La asistencia psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX*, Zaragoza, CSIC.

RODRÍGUEZ-TORICES, M. A. (1998), *Rehabilitación del Hospital Santa Isabel (Psiquiátrico José Germain). Leganés. Madrid*, Madrid, Servicio Regional de Salud, Comunidad de Madrid, p. 19.

ROELCKE, V. (2010), Psychiatrie im Nationalsozialismus: Historische Kenntnisse Implikationen für aktuelle ethische Debatten, *Nervenarzt*, 81, 1317-1325.

ROY FRANK, L. R. (1978) (ed.), *The history of shock treatment*, San Francisco, Self-publication.

RUIZ GARCÍA, C. (2011), El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el periodo 1900-1940. En MARTÍNEZ AZUMENDI, O., SAGASTI, N., VILLASANTE, O. (eds.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid, AEN, pp. 221-235.

SACRISTÁN, C. (2005), Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna, *Frenia*, 5 (1), 9-33.

SACRISTÁN, C. (2007), En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R., (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 327-346.

SAMBLAS TILVE, P. (2002), Cesar Juarros y el tratamiento de la morfinomanía: ¿cura u ortopedia?, *Frenia*, 2 (1), 123-138.

SANZ GIMENO, A., RAMIRO FARIÑAS, D. (2002), La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte, *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24, 151-188.

SARRÓ MALUQUER, R. (2006), Las formas elementales de la vida esquizofrénica: las dos antropologías en el pensamiento de Ramón Sarró Burbano, *Frenia*, 6, 109-126.

SEEMAN, M.V., KESSLER, K., GITTELMAN, M. (coord.) (2006), The Holocaust and the Mentally Ill, *International Journal of Mental Health*, 35 (3 y 4).

SEEMAN, M.V., KESSLER, K., GITTELMAN, M. (coord.) (2007), The Holocaust and the Mentally Ill, *International Journal of Mental Health*, 36 (1).

SERIEUX, P., CAPGRAS, J. (1909), (2008), El delirio de interpretación, Traducido por Ramón Esteban Arnáiz, *Revista de la AEN*, 101, 93-108.

SCHMIEDEBACH, H.P., PRIEBE, S. (2004), Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century. Ideas y Models, *Medical History*, 48, 449-472.

SCHNEIDER, K. (1923) (1971), *Die Psychopathischen personlichkeiten*. (Traducido al castellano por Bartolomé Llopis), *Las personalidades psicopáticas*, Madrid, Ed. Morata, 10ª edición.

SCHNEIDER, K. (1946) (1997), *Klinische Psychopathologie*. (Traducido al castellano, de la decimocuarta edición alemana por Andrés Sánchez Pascual), *Psicopatología clínica*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología.

SEIDEL, F. (2007), Los nombres del exilio: Relectura de una obra y una trayectoria. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 357-375.

SHORTER, E. A. (1997), *History of Psychiatry. From the era of the Asylum to the age of Prozac*, USA, John Wiley & Sons, Inc.

SHORTER, E. (1999), *Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la Fluoxetina*, Barcelona, J & C Ediciones Médicas, S.L.

SIEBURTH S. (2011), Copla y supervivencia: Conchita Piquer, “Tatuaje”, y el duelo de los vencidos, *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 66 (2), 515-532.

SIMÓN LORDA, D. (2010), *Médicos Ourensanos Represaliados en la Guerra Civil y en la Posguerra. Historias de la "Longa Noite de Pedra"*, Santiago de Compostela, Fundación 10 de Marzo y Concello de Ourense.

SIMÓN LORDA, D., FERRER I BALSEBRE, L. (1999), Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959). *Anales de Psiquiatría*, 15 (5), 202-222.

SIMÓN, D., GONZÁLEZ, E. (1997), Una visión de la asistencia psiquiátrica gallega en el siglo XX: Manuel Cabaleiro Goás, *Revista de la AEN*, 17 (62), 305-309.

SIMÓN LORDA, D., GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E., RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. (2003), Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Ourense, Galicia, España (1875-1975). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y Tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 661-694.

SINGER, L. (1998), Ideology and ethic. The perversion of German psychiatrists' ethics by ideology of National Socialism, *European Psychiatry*, 13 (sup.3), 87-92.

SUZUKI, A. (2003), A Brain Hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-1945, *History of Psychiatry*, 14, 337-360.

STAGNARO, J.C. (2007), Psiquiatras españoles exiliados en la Argentina. De una derrota un triunfo. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 289-310.

SZASZ, T. (2007), *Coercion as a cure: a critical history of psychiatry*, New Brunswick, Transaction Publishers.

TIERNO, R. (2008), Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), *Frenia*, 8, 97-129.

TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007a), La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R. (coordinadores), *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 329-345.

TIERNO, R., VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007b), El manicomio nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936). En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 107-128.

TROPPE, H (2011), Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia, *Frenia*, 11, 27-46.

TUSELL, J. (1996) *La dictadura de Franco*, Barcelona, Altaza.

TUSELL, J. (2005), *Dictadura franquista y democracia, 1939-2004. Historia de España*, XIV, Barcelona, Crítica.

TUSELL, J., GENTILE, E., DI FEBBO, G. (eds.), SUEIRO, S. (coord.). (2004), *Fascismo y franquismo cara a cara: una perspectiva histórica*, Madrid, Biblioteca Nueva.

VARELA, J., ÁLVAREZ-URÍA, F. (eds.) (1979), *El cura Galeote, asesino del obispo de Madrid-Alcalá. Proceso médico-legal, reconstruido y presentado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría*, Madrid, La Piqueta.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1977), *El Dr. Lafora y su época*, Madrid, Morata.

VALENCIANO GAYÁ, L. (1978), *Parálisis general progresiva. Acmé, declinación y riesgo. Psicopatología*, Murcia, Diputación Provincial.

VALENSTEIN, E. D. (1986), *Great and desperate cures: the rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*, New York, Basic Books.

VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2008), Nosografía psiquiátrica en el Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), *Frenia*, 8, 69-96.

VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, P. (2012), *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*, Tesis doctoral, UCM.

VÁZQUEZ DE LA TORRE, P., TIERNO, R., (2007), La literatura psiquiátrica durante la guerra civil española (1936-1939): Archivos de Neurobiología, Revista de Sanidad de Guerra y Revista Española de Medicina y Cirugía. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 239-258.

VILLASANTE, O. (1997a), *El Primer Certamen Frenopático Español (1883) y su papel en la institucionalización de la psiquiatría*, Tesis doctoral, UAM.

VILLASANTE, O. (1997b), Primer Certamen Frenopático Español (1883): estructura asistencial y aspectos administrativos, *Asclepio*, 49 (1), 79-93.

VILLASANTE, O. (1999a), El manicomio de Leganés: debates científicos y administrativos en torno a un proyecto frustrado, *Revista de la AEN*, 19 (71), 469-479.

VILLASANTE, O. (1999b), Parálisis general progresiva en España en el último tercio del siglo XIX. En ROMERO, A. I., CASCO, J., FUENTENEbro, F., HUERTAS, R. (eds.), *Cultura y Psiquiatría del 98 en España*, Madrid, Necodisne, pp. 19-31.

VILLASANTE, O. (2000), La introducción del concepto de parálisis general progresiva en la psiquiatría decimonónica española, *Asclepio*, 52 (1), 53-72.

VILLASANTE, O. (2002a), Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado Manicomio-Modelo, *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2 (2), 139-162.

VILLASANTE, O. (2002b), La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España, *SISO/SAUDE*, 37, 101-117.

VILLASANTE, O. (2003a), The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900), *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23.

VILLASANTE, O. (2003b), La malarioterapia en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva: Primeras experiencias en España. En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa, Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 175-188.

VILLASANTE, O. (2005), Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos, *Frenia*, 5, 69-99.

VILLASANTE, O. (2007), La producción científica en torno a la neurosis de guerra en el marco de la guerra civil española. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 179-199.

VILLASANTE, O. (2008), Orden y norma en el Manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico, *Frenia*, 8, 33-68.

VILLASANTE, O. (2011), La Polémica en torno a los manicomios, 1916, *Revista de la AEN*, 31 (112), 767-789.

VILLASANTE, O., CANDELA, R. (2008), El Manicomio de Leganés en los albores del siglo XX: José Salas y Vaca como jefe facultativo. Ponencia presentada en el *VIII Coloquio de REDAM: Historia, cultura, sociedad y locura*, Tarragona.

VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (2006), La gestión de la locura en la España del siglo XIX: tutela y práctica médica en el Manicomio de Leganés, *Congreso Internacional Modernidad, Ciudadanía, desviaciones y desigualdades-Modernité, Citoyenne, Deviances et Inégalités*, Córdoba, 27-29 de abril de 2006 (inédito).

VILLASANTE ARMAS, O., REY GONZÁLEZ, A., MARTÍ BOSCA, J. V. (2008), José María Villaverde: un retrato desconocido, *Medicina e Historia*, 1, cuarta época, 3, 1-16.

VON BUELTZINGSLOEWEN, I. (2009), *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Éditions Flammarion.

WEINER, R. (2001), *The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging*, 2nd ed., Washington DC, American Psychiatric Association.

WHITAKER, R. (2002), *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*, New York, Basic Books.

WHITROW, M. (1990), Wagner-Jauregg and Fever Therapy, *Medical History*, 34, 294-310.

ZARAGOZA, ANTICH, J. (1950), Los índices de la oligofrenia en Valencia. Su asistencia. *II Congreso de neuropsiquiatría. Comunicaciones*, Valencia, Mayo-Junio 1950, Madrid, Imp. Cosano.

ZOIDO, F., ARROYO, A. (2003), La población de España. En ARROYO, A. (coord.), *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, pp. 17-76. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/tend_demo_s20/tend_demo_s20.htm.

THE NATIONAL ASYLUM OF LEGANES
DURING THE AFTERMATH OF THE SPANISH
CIVIL WAR (1939-1952). ORGANIZATION AND
CLINICAL ASSISTANCE

1. INTRODUCTION

With some notable precedents, in recent decades the historiographical interest for relations between Nazism and psychiatry and, by extension, those between psychiatry and totalitarian regimes has increased considerably.

In 2006 and 2007, the International Journal of Mental Health monographic devoted three entire numbers -coordinated by Mary V. Seeman, Karl Kessler and Martin Gittelman-, which, under the title "The Holocaust and the Mentally Ill", addressed the effects that the Nazi ideology of the Third Reich and World War had on the mentally ill and over asylums in Europe.

In this same monograph of the International Journal of Mental Health, the contribution of Rafael Huertas on Spanish psychiatry during those same years, establishes significant differences between the Spanish model and experience -in the Second Republic, but also in the early Franco regime- and the one described for Germany or for occupied Europe.

With regards to Spain, the works of psychiatrists like Carlos Castilla del Pino or Enrique González Duro are a starting point. They paid attention to ideologies, psychiatric theories and struggles for power during Franco's regime. Following this are Josep Comelles' publications offering a complete vision regarding the organization of the assistance and professionalization of psychiatry in Spain. The institutionalization of the Spanish psychiatry has been approached by Ángel González de Pablo and José Cascos Solís, and many other publications have dealt with various aspects of this medical specialty in large time frames that have included Franco's time as well as legislative aspects, psychiatric knowledge, social economic conditions during the post war and psychiatrists that stayed in the country or that had to exile themselves.

However, few studies have addressed specifically and in depth life in psychiatric institutions during the years after the Spanish Civil War.

In any case, there is no research done regarding a Spanish psychiatric institution specifically during the postwar years.

The National Asylum of Santa Isabel de Leganes has been probably one of the most studied national psychiatric institutions in recent years. We find the outstanding works of Olga Villasante regarding these matters and specifically the following article: The unfulfilled Project of the Model Mental Hospital in Spain: Fifty Years of the Santa Isabel Madhouse, Leganes (1851-1900).

In 2005, a joint investigation research project is started, using a common methodology and requiring the collaboration of various researchers. This project is already yielding important results. Some of these investigators focussed on the first years of Franco's regime and constitute a first approximation of the subject and sources treated in this doctoral thesis.

2. HYPOTHESIS

The working model of the Manicomio Nacional of Leganés during the first years of Franco's regime was no stranger to the socio economical and political situation of the after war; nevertheless, the practice of psychiatry that was carried out struggled at all times to fit in the models of biological psychiatry carried out in Europe at that time.

3. OBJECTIVES

3. 1. General

To study the characteristics of the psychiatric assistance of the Manicomio Nacional of Leganés from the ending of the Civil War up until 1952, with special attention to the analysis of social demographical variables of the inmates, as well as their diagnosis and treatments applied by doctors, as well as the functioning of the institution.

3.2. Partial objectives

1. Analyze the inner workings of the asylum during this period through the rules and regulations in place at that time. Compare the contents and consequences of the rules of procedure established in 1941, in relation to those in place in 1885.

2. Describe the population in the hospital by examining the socio-demographic characteristics, types of income, origin, etc., as well as the movements of the population of the asylums.

3. Know the medical staff that was carrying out their clinical work during this period, analyzing the influence of German psychiatry in the course of their activities.

4. Describe psychiatric diagnoses that were used in the National Asylum of Leganes during the period studied, and its correlation with the conceptual changes that were taking place in Europe.

5. Describe the treatments used and evaluate the introduction of new treatments (shock treatments, leucotomy, etc.) in the asylum.

6. Compare the obtained results with available data from other psychiatric institutions of the country, as well as with previous periods of the institution of Leganes.

4. METHODOLOGY

In addition to the classical methods of traditional historiography (heuristics, criticism and hermeneutics), the proposed targets and sources have required different methodological approaches, starting from epidemiology's own history and social history of medicine, to those corresponding to the institutional history or to the history of ideas.

In order to properly treat the information obtained from clinical documentation and through which we draw our conclusions, we have used quantitative research methods; the characteristics are listed below:

Design: Case histories retrospective descriptions.

Scope: Manicomio Nacional of Leganés.

Subjects: All the patients confined in the Manicomio Nacional of Leganés from April 1st 1939 up to December 31st 1952.

Sample: Two types have been used: on the one hand all the inmates in the hospital during the period of our study (N= 807), and on the other hand, all the patients that went into hospital during that period (N=615).

Variables: Variables have been organized in 4 categories; Sociodemographics, characteristics of hospital admittance, Clinics, Therapies: types of treatment.

Source of information and gathering of data: clinical histories, statistics and patient's writings.

Analysis strategy: In order to analyze the data we have used the program SPSS version 17.

5. CONCLUSIONS

1. The "Decreto de Asistencia a Enfermos Mentales" dating July 3rd 1931 was in place during the entire period studied. In general, the admittance procedure was carried out in the Manicomio Nacional de Leganés, including the medical certificates

and the ending the semestral reports to the judicial/governmental authority. Being an establishment dependent on the Dirección General de la Beneficencia y Obras Sociales, all hospital admittances had to be notified to them; this differed from other psychiatric establishments who had to notify the Province Governor. Amongst the reasons for internship authorized by said law –*decreto*– (own will, medical indication and government/judicial order) the most frequent one was medical prescription. Other reasons were added on an occasional basis that included “orden militar” and “orden verbal de beneficencia”.

2. During the two first years of our study (1939-1941) the *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885* was in order, being substituted by a new *Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés* in 1941. This law authorized an increase in the number of inmates, both from welfare and pensioners, increasing from 200 to 400 places. The income of people with pensions was favored so as to be able to face the economical hardships the establishment was going through during the first years after the war. As well, the new regulation removed certain departments described in the old regulation of 1885, such as the ones of childhood or judicial patients.

3. From 1939 onwards, practically all the clinical histories had, in contrast to those done during the war, the “hoja de entrada y vicisitudes” rightly filled out; nevertheless, the presence of the “cuestionario interrogatorio” was very irregular, disappearing in 1946. The evolutionary records were not carried out with the frequency that the Regulation of 1941dictaminated and we don’t know if doctors visited patients in hospital on a daily basis as they had to do. The clinical histories also contain, apart from administrative documents regarding admittance (medical certificates, judicial parts), some writings or letters from patients never sent and that offer valuable information regarding the conditions of internment and their personal subjective experience over their suffering and isolation; this proves the importance of those sources in the historical analysis of medicine and sickness through the view and perspective of the patient.

4. The number of physicians was established in the Regulation of 1941 in five places, thus increasing the staff that was working on site, although we can’t assure that this work template was always full. Some of the physicians had been practicing in the Asylum of Leganes from the thirties, but in the forties there were new additions, among

which we can highlight Manuel Peraita Peraita. This neuropsychiatrist took over as chief physician in 1944 and introduced new service infrastructures such as X-rays, laboratories, surgery rooms and occupational therapy workshops in order to improve the clinical activity and therapeutic care. The regulation also regulated the number of practitioners up to four; however, the psychiatric training of nurses continued uninterrupted. The religious sisters of the institution, who were granted a financial reward, were strengthened in their roles.

5. For most of the period studied, the population in the asylum showed a growing trend but without reaching nevertheless the maximum occupancy described in the Regulation of 1941. In fact the capacity limit was never surpassed as opposed to the crowding of other psychiatric institutions in Spain such as the Instituto Mental de la Santa Creu in Barcelona, the Manicomio of San Baudilio of Llobregat or the Manicomio de mujeres de Ciempozuelos in Madrid. The profile of the patient that went into the hospital was that of a woman of 42 years old, maiden, pensioner and with a diagnosis of schizophrenia, coming from Madrid and staying in the Manicomio de Leganés less than 10 years.

6. Hospital discharges were mainly due to death and, in second place, transfer. Differing from other institutions such as the Manicomio of Conxo, there were hardly no evasions from Leganés. During the immediate post war, the tendency that began during the war in the increase in mortality continued, being higher in men than in women. The mortality rate in other psychiatric institutions (Hospital Psiquiátrico of Valladolid, Manicomio of Sant Boi, Instituto Mental of Santa Creu and the Manicomio of Conxo) was even higher but with a similar profile to that in Leganés, Conxo and Santa Creu; those values grew closer at the beginning of the 50's. The main cases of mortality were due to non infectious cardio circulatory diseases, followed by non infectious neurological), respiratory and digestive diseases (non infectious). No deaths due to tífus were found nor due to undernourishment.

7. The analysis carried out in the data of the Manicomio de Leganés coincides with other studies that say that, in Spain, the epidemiological profile was changed in the 50's. In Leganés, the death rates due to infectious and non infectious causes increased similarly in 1941 and 1942. Nevertheless, during the first years of the 50's decade, there was an increase in non infectious mortality and a decrease in non infectious one, following the trend of Spain.

8. Those in charge of the institution sent the statistics reports as established by the Decree of July 3 1931 and the order of November 28 of that same year, in which the clinical diagnosis' were organized in ten groups. During the study period, Kraepelinian nosography took hold, with diagnoses such as schizophrenia and manic-depressive psychosis, compared to a decline of chronic paranoia and chronic delirium, although sometimes the French nosology was used. After the war, the diagnosis of early dementia disappeared in favor of schizophrenia, being the most frequent diagnosis among those in the institution. The second most frequent pathology was oligophrenia. With the advent of Manuel Peraita, of German educational background, there was an increase in the diagnosis of psychopathies.

9. The therapeutic measures administered to patients in the Asylum of Leganes were increasing after the Civil War. During the period of our study the application of pyretotherapy was finally abandoned and antibiotics (of difficult supply after the war) were introduced. The treatments were better documented than in previous times, mainly due to the use of templates that gathered the administration of shock therapy (insulin shock, cardiazol or electric). From 1944 onwards, coinciding with the use of the electroshock, easier and cheaper to apply, the use of insulin coma and cardiazolic therapy began to decline. That same year the first prefrontal leucotomy was carried out.

6. BIBLIOGRAPHY

ARTIÈRES, P. (2000), *Le livre des vies coupables. Autobiographies de criminels (1896-1909)*, Paris, Albin Michel.

ANGOSTO SAURA, T., GARCÍA ÁLVAREZ, M. X., GONZÁLEZ GARCÍA, A. (1997), Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (un estudio a través de 528 historias clínicas). En VV.AA., *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 61-87.

APARICIO BASAURI, V., SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A E. (1997), Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986), *Revista de la AEN*, 61, 125-145.

AZTARAIN, J. (2005), *El Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Pamplona, Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.

BAILLY-SALIN, P. (2006), The mentally ill under nazi occupation in France, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), 11-25.

- BEVERIDGE, A. (1995a), Madness in Victorian Edinburgh. A study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston (1873-1908), *History of psychiatry*, 6, 21-54 y 133-156.
- CAMPOS, R., HUERTAS, R. (2012), Medicina mental y eugenesia: los fundamentos ideológicos de la psiquiatría franquista, *Historia del Presente*, 20 (2), 11-22.
- CASCOS SOLIS, J. (1999), Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960). En FUENTENEbro, F., BERRIOS, G. E., ROMERO, I., HUERTAS, R. (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio. Luis Martín Santos*, Madrid, Necodisne Ediciones, pp. 85-130.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1977), La psiquiatría española (1939-1975). En CASTELLET, J.M. (ed.), *La cultura bajo el franquismo*, Barcelona, Anagrama, pp. 79-102.
- COMELLES, J. M. (1988), *La razón y la sin razón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*, Barcelona, PPU.
- COMELLES, J. M. (2006), *Stultifera Navis. La locura, el poder y la ciudad*, Lleida, Editorial Milenio.
- CONSEGLIERI, A. (2008), La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel, *Frenia*, 8, 131-160.
- CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007), La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (eds.), *De la «Edad de Plata» al exilio construcción y «reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 269-285.
- DEL CURA, I., HUERTAS, R. (2007), *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre, España, 1937-1947*, Madrid, CSIC.
- GARCÍA CANTALAPIEDRA, J. M. (1992), *Historia del Hospital Psiquiátrico de Valladolid (1489-1975)*, Valladolid, Diputación de Valladolid.
- GIRAL, (1994), *Ciencia española en el exilio (1939-1984). El exilio de los científicos españoles*, Barcelona, Anthropos.
- GONZÁLEZ DURO, E. (2008), *Los psiquiatras de Franco: Los rojos no estaban locos*, Barcelona, Península.
- GONZÁLEZ DE PABLO, A. (1995), La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extraeditorial, pp. 229-250.
- HUERTAS, R. (2001), Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría, *Frenia*, 1 (2), 7-37.

HUERTAS, R. (2007), Spanish Psychiatry: The Second Republic, the Civil War and the Aftermat, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), pp. 61-72.

HUERTAS, R. (2012), *Historia cultural de la psiquiatría*, Madrid, Catarata.

HUERTAS, R., DEL CURA, I. (2010), Deficiency Neuropathy in Wartime: The “Paraesthetic-Causalgic Syndrome” described by Manuel Peraita during the Spanish Civil War, *Journal of the History of the Neurosciences*, 19, 173-181.

LIVIANOS, L., CISCAR, C., GARCÍA, A., HEIMANN, C., LUENGO, M. A., TROPPÉ, H. (2006), *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesus*, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479.

LÓPEZ DE LERMA, J., DÍAZ GÓMEZ, M. (2000), *Hospital psiquiátrico sagrado corazón de Jesús, hoy complejo asistencial Benito Menni (1881-2000). “Más de un siglo de psiquiatría”*, Madrid, Fareso.

MASSON, M., AZORIN, J-M. (2006), The French mentally ill in World War Two. The lesson of history, *International Journal of Mental Health*, 35 (4), 26-39.

MEYER-LINDENBERG, J. (1991), The Holocaust and German Psychiatry, *British Journal Psychiatry*, 159, 7-12.

MOLLEJO APARICIO, E. (2011), *Historia del Manicomio de Santa Isabel. Evolución de los diagnósticos y tratamientos de 1852 a 1936*, Madrid, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

MÜLLER, TH., BEDDIES, T. (2007), The destruction of life unworthy of living in National Socialist Germany, *International Journal of Mental Health*, 35, 94-104.

ODIER, S. (2007), La surmortalité des asiles d’aliénés français durant la Seconde Guerre Mondiale (1940-1945), *Frenia*, 7, 145-166.

PESET, J. L. (1995), El manicomio modelo en España. En VV.AA., *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extraeditorial, pp. 43-51.

PLUMED DOMINGO, J., DUALDE BELTRÁN, F. (2001), El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas. En ANGOSTO SAURA, T., RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999), III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría*. Orense, AEN – Asociación Galega de Saude Mental, pp. 141-150.

SEEMAN, M.V., KESSLER, K., GITTELMAN, M. (coord.) (2006), The Holocaust and the Mentally Ill, *International Journal of Mental Health*, 35 (3 y 4).

SEEMAN, M.V., KESSLER, K., GITTELMAN, M. (coord.) (2007), The Holocaust and the Mentally Ill, *International Journal of Mental Health*, 36 (1).

SINGER, L. (1998), Ideology and ethic. The perversion of German psychiatrists' ethics by ideology of National Socialism, *European Psychiatry*, 13 (sup.3), 87-92.

SIMÓN LORDA, D., GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E., RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. (2003), Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Orense-Galicia-España (1875-1975). En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 661-694.

TIERNO, R. (2008), Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), *Frenia*, 8, 97-129.

TUSELL, J. (2005), *Dictadura franquista y democracia*, Barcelona, Crítica.

VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, P. (2012), *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales*, Tesis doctoral, UCM.

VILLASANTE, O (2003), The unfulfilled Project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900), *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23.

VILLASANTE, O. (2008), Orden y norma en el manicomio de Leganés (1851-1900): El discurrir diario del paciente decimonónico, *Frenia*, 8, 33-68.

VON BUELTZINGSLOEWEN, I. (2009), *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Éditions Flammarion.

ANEXOS

ANEXO 1: Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés 1941.

ANEXO 2: Documento referente a los presupuestos del Manicomio de Leganés una vez finalizada la Guerra Civil. Perteneciente a la carpeta *Jefatura facultativa* “personal practicantes: asuntos de personal de la casa” que se encuentra en el Archivo Histórico del IPSSM José Germain.

ANEXO 3: Planos para la construcción de un pabellón de talleres de laborterapia en el Manicomio Nacional de Leganés en 1944.

ANEXO 4: Aprobación de los presupuestos para la construcción de un pabellón de talleres de laborterapia en el Manicomio Nacional de Leganés en 1947.

ANEXO 5: Censo de la población manicomial de Leganés en noviembre de 1949.

ANEXO 6: Hoja de entrada y vicisitudes.

ANEXO 7: Cuestionario.

ANEXO 8: Fichas estadísticas.

- Ficha estadística anual con clasificación administrativa, técnica y nosológica.
- Ficha estadística anual de entradas y salidas.

ANEXO 9: Documentos del Fondo Documental del INE: Movimientos de dementes en los Manicomios. Años 1944-1952.

ANEXO 10: Plano del Manicomio de Leganés correspondiente a varios pabellones y departamentos en diciembre de 1939.

ANEXO 11: Cartas de una paciente del manicomio. Historia clínica 1433.

ANEXO 12: Escritos y dibujos de un paciente del manicomio. Historia clínica 1448.

ANEXO 13: Factura de materiales para los talleres de laborterapia.

ANEXO 14: Plantillas de las terapias de choque: Electrochoque y Sakel.

ANEXO 15: Presupuesto para la instalación de un botiquín de urgencia, material para una sala de esterilización y para una sala de operaciones en el Manicomio de Leganés en julio de 1944.

ANEXO 16: Clasificación de Kraepelin.

ANEXO 17: Reproducciones de estancias del Manicomio Nacional de Leganés que se encuentran en el AGA en la sección correspondiente al Ministerio de Gobernación (Dirección General de Regiones Devastadas).

ANEXO 18: Tablas anexas.

Tabla A1: Profesiones de los pacientes del Manicomio de Leganés (1939-1952).

Tabla A2: Entradas y Salidas en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Tabla A3: Agrupación de las causas de mortalidad por sistemas en el Manicomio de Leganés (1939-1952).

Tabla A4: Agrupación de los diagnósticos de las historias clínicas según la clasificación de Kraepelin.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

ORDEN de 3 de noviembre de 1941 por la que se aprueba el Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés.

Ilmo. Sr.: En uso de las facultades que le están conferidas.

Este Ministerio ha tenido a bien aprobar el Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, que a continuación se inserta.

Lo que comunico a V. I. para su cumplimiento y demás efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.
Madrid, 3 de noviembre de 1941.

GALARZA

Ilmo. Sr. Director general de Beneficencia y Obras Sociales.

REGLAMENTO ORGANICO PARA EL REGIMEN Y GOBIERNO INTERIOR DEL MANICOMIO DE SANTA ISABEL, DE LEGANES

CAPITULO I

Objeto, clase y gobierno superior del Establecimiento

Artículo 1.º El Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, declarado de Beneficencia general por Real Orden de 1.º de noviembre de 1852, depende del Ministerio de la Gobernación y de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales.

Art. 2.º El destino del Establecimiento es el cuidado y tratamiento médico moral de los enajenados.

Art. 3.º La población acogida será de pobres, pero habrá también pensionistas.

Art. 4.º Los pensionistas de ambos sexos serán de dos clases, de primera y de segunda, pudiendo admitirse como máximo setenta y cinco en primera clase y ciento veinticinco en segunda. El número de pobres de uno y otro sexo no podrá exceder de doscientos.

CAPITULO II

De la alta inspección y gobierno superior del Establecimiento

Art. 5.º Corresponde al Ministro de la Gobernación:

1.º La alta inspección del Establecimiento.

2.º El nombramiento y separación del personal cuyo sueldo o remuneración exceda de cuatro mil pesetas.

3.º La aprobación de las cuentas que de los fondos presupuestarios rinda el Administrador-Depositario.

4.º La aprobación y cancelación, en su caso, de la fianza prestada por el Administrador-Depositario.

Art. 6.º Corresponde al Director general de Beneficencia y Obras Sociales:

1.º La inspección inmediata del Establecimiento por delegación del Ministro.

2.º Censurar las cuentas que de los fondos presupuestarios rinda el Administrador-Depositario y aprobar la de los fondos particulares del Establecimiento.

3.º Acordar, con arreglo al Reglamento, oyendo al Jefe facultativo, el ingreso y las bajas de todos los albergados, así como las salidas temporales, en los casos previstos en este Reglamento.

4.º Someter a la aprobación de la Superioridad los expedientes de obras nuevas y las necesarias para la reparación y conservación del edificio, previa audiencia e intervención del Arquitecto de la Beneficencia general.

5.º Resolver cuantas consultas se formulen en orden a la interpretación de este Reglamento.

6.º Proponer a la Superioridad la cuantía de la fianza del Administrador-Depositario.

7.º Nombrar el personal subalterno cuyo sueldo, remuneración o jornal no exceda de cuatro mil pesetas anuales.

CAPITULO III

Personal del Manicomio

Art. 7.º El personal facultativo y subalterno del Manicomio estará integrado por un Administrador-Depositario, un Auxiliar, un Médico-jefe facultativo, dos Médicos supernumerarios residentes, un Médico auxiliar, un Médico del Laboratorio de Análisis, cuatro Practicantes, un Capellán, dieciocho Hijas de la Caridad, un Celador de Departamento, un maquinista para el balneario y lavadero mecánico, un barbero, un mozo para los servicios de calefacción, un cochero-carretero, hortelano-jardinero, dos guardas exteriores, veinticuatro mozos enfermeros externos, un vaquero y once lavanderas.

Facultativos

Art. 8.º Para la asistencia de los alienados habrá un Jefe facultativo, Profesor de Medicina y Cirugía; dos Médicos residentes y un Médico auxiliar.

Art. 9.º El Jefe facultativo del Establecimiento, además de los deberes que le impone el Reglamento del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia general, tendrá las atribuciones siguientes:

1.º Será Jefe inmediato del personal facultativo, Practicantes y enfermeros.

2.º Presidirá las Juntas de Profesores,

autorizando las estadísticas mensuales que se eleven a la Superioridad.

3.º Fijará las horas de visita de los señores Médicos, horas de comidas y distribución de medicamentos.

4.º Fijará las horas y días de entrada de las familias que soliciten comunicarse con los albergados.

5.º Visará la cuenta de la Farmacia y los documentos a ella referentes.

6.º Librar las certificaciones facultativas y entender en todo lo que revista carácter médico oficial.

7.º Ordenar la colocación de los alienados, según su enfermedad mental, en los distintos departamentos, así como su traslado a otro Establecimiento.

8.º Nombrar los enfermeros que puedan, sin riesgo propio o ajeno, ocuparse, en la Sala de oficios, del trabajo o labor que especifique.

9.º Determinar las distracciones o paseos de los enfermos.

10.º Será de su cargo la orientación y dirección de las historias clínicas y todo lo que afecte al estudio de las manifestaciones mentales de los alienados.

Art. 10. Los Médicos residentes tendrán las siguientes atribuciones:

1.º Serán de su cargo la visita diaria del Departamento que previamente le fuese asignado por el Jefe facultativo.

2.º Vigilar el servicio de su Departamento, Farmacia y el especial de los Practicantes, atender a los enfermos comunes y firmar diariamente el libretín de medicamentos.

3.º Hacer las estadísticas mensuales de los enfermos acaídos, altas y bajas, para ser entregadas para su visto bueno por la Jefatura.

4.º Ordenar y autorizar el inventario de los instrumentos, aparatos y efectos propios del servicio, entregando una copia al Administrador del Establecimiento. Este inventario se ampliará con la relación de los nuevos objetos que se adquieran y de los que hubiesen sufrido deterioro hasta el punto de resultar inútiles.

5.º Estará a su cargo la redacción de las historias clínicas de los enfermos de su Departamento, siguiendo, en los casos dudosos, las orientaciones del Jefe facultativo, cerrándolas y firmándolas, según su terminación, para su archivo correspondiente.

6.º Visitar, cuando lo estime oportuno, por la tarde, a sus enfermos comunes, dado su estado de gravedad.

7.º En los casos de urgencia extrema, cada Médico atenderá a los de su servicio y solamente en caso de ausencia podrá ser sustituido por otro de distinto Departamento.

8.º Todas las sustituciones por permisos, enfermedad o causas imprevistas, serán por orden de rigurosa antigüedad, ocupando el puesto de la Jefe.

fatura el más antiguo en el nombramiento.

Art. 11. El Médico auxiliar estará a las órdenes inmediatas del Jefe facultativo y de los Médicos residentes, y cumplirá cuantos servicios le encomienden sus superiores. El Médico del Laboratorio de Análisis estará igualmente a las órdenes del Jefe facultativo y cumplirá cuantos servicios se le encomienden inherentes a su especialidad.

Practicantes

Art. 12. Para el servicio del Establecimiento habrá cuatro Practicantes nombrados por oposición.

Art. 13. Son obligaciones de estos funcionarios:

1.º Ejercer los actos y operaciones de cirugía menor, sujetándose a las prescripciones de los Médicos del Departamento y ayudando a éstos en todas las operaciones quirúrgicas y autopsias.

2.º Administrar por sí o vigilar por medio de los enfermeros los medicamentos y baños que hayan sido dispuestos por los facultativos.

3.º Vigilar a los enfermeros para que cumplan con sus deberes, dando parte al Médico de las faltas que adviertan, que, a su vez, las comunicará a la Jefatura Facultativa o a la Administración.

4.º Anunciada por la campana la llegada del Profesor, se presentarán inmediatamente en el pabellón donde empieza la visita y comunicarán a dicho Profesor las novedades del Departamento, llevando un libretín y anotando en él las prescripciones del Médico.

5.º Recogida de los medicamentos de la Farmacia a la hora señalada por el Jefe facultativo, e indicar a los enfermeros o Hermanas de la Caridad encargados de la asistencia de los enfermos la administración de aquéllos, horas y cómo deben darse.

6.º Establecerán una guardia de veinticuatro horas, a los efectos del servicio, en la forma y turno que indique el Jefe facultativo. No podrán abandonar el Establecimiento sin autorización del Médico del pabellón adonde estén agregados, a quien asimismo se dirigirán para permisos y salidas, el que, a su vez, lo pondrá en conocimiento del Jefe facultativo.

Administrador-Depositario

Art. 14. El nombramiento de Administrador-Depositario ha de recaer en funcionario del Cuerpo Técnico del Ministerio de la Gobernación.

Art. 15. Corresponde a este funcionario:

1.º Recaudar todos los ingresos del Establecimiento.

2.º Cuidar, bajo su responsabilidad, de que no se efectúe ningún pago que no esté consignado en el presupuesto dentro del límite concedido.

3.º Cuidar con especial celo y bajo su responsabilidad de la recaudación de pensiones.

4.º Rendir mensualmente a la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales cuenta cuadruplicada de los ingresos y gastos, acompañando los justificantes de los mismos.

5.º Responder de las cantidades satisfechas fuera del crédito consignado y de las que no resulten debidamente especificadas.

6.º El Administrador es el Jefe del Establecimiento como delegado de la Administración Central.

7.º Prestar fianza cuya cuantía consistirá en el importe de una dozava parte de los ingresos presupuestados del Establecimiento.

8.º Determinará, de acuerdo con el Jefe facultativo y la Superioridad, la alimentación de los acogidos y de los empleados que sean internos.

Capellán

Art. 16. Para el servicio espiritual de los enfermos habrá un Capellán.

Art. 17. Incumbe al mismo:

1.º Celebrar misa diariamente dentro del Establecimiento, en el local y hora oportunos.

2.º Administrar los Santos Sacramentos, ya a los enfermos, ya al personal del Establecimiento, y la asistencia a los moribundos la ejercerá a tenor de las obligaciones inherentes a su ministerio, cuasi parroquial.

3.º En los días festivos celebrará, durante la misa, una sencilla instrucción catequística, que no excederá de treinta minutos ni bajará de quince, y se sentará en el confesionario por lo menos media hora antes de la misa, para facilitar la confesión a cuantos la deseen.

Art. 18. Será el Jefe de la Capilla y dispondrá el culto.

Art. 19. Siempre que se ausente momentáneamente del Establecimiento deberá indicar al portero la hora de su regreso y el lugar donde le pueden encontrar durante su ausencia.

En caso de ausencia autorizada, por enfermedad u otra dificultad que le impida el cumplimiento de su ministerio, tendrá que dejar, por su cuenta y cargo, otro sacerdote en el Establecimiento, que le sustituya.

Hijas de la Caridad

Art. 20. El servicio inmediato de los enfermos, así como los cuidados del aseo y limpieza del Manicomio, se confía a las Hijas de la Caridad, ayuda-

dadas por el personal subalterno del Establecimiento.

Art. 21. En el Departamento de enfermas mentales tendrán a su cargo la custodia, vigilancia y aseo de las mismas, pudiendo, en caso preciso, reclamar el auxilio de los enfermeros.

Art. 22. Vigilarán y atenderán el lavado, cosido y planchado de las ropas del Establecimiento.

Art. 23. Se distribuirán para estos fines las Hermanas que, a juicio de la Superiora, sean necesarias, y les incumba:

a) Disponer cómo debe hacerse el servicio de cocina y despensa.

b) Recibir los artículos de consumo para su conservación y distribución.

c) Hacerse cargo de las ropas y demás efectos, tanto de los pensionistas como de los de beneficencia, manifestando mensualmente a la Administración las que necesitan los mismos.

Art. 24. Para auxiliar en todos los servicios de su cargo tendrán el número de criadas que la Superioridad estime conveniente.

Barbero

Art. 25. Es su obligación afetar a los pensionistas y de beneficencia dos veces por semana, y cortar el pelo mensualmente, o antes si fuese necesario, a todos los asilados.

Portero

Art. 26. Tendrá a su cargo el cuidado de la puerta principal, y procurará tener constantemente cerrada la verja, entregando la llave al sereno de guardia que por la noche le sustituya, y cuidará:

1.º De no permitir la entrada a persona alguna dentro del Establecimiento y ajena a él sin el previo conocimiento y autorización del Administrador.

2.º De no permitir a ninguna persona entrar en el Manicomio con bastón, palo o armas, recogidos en el acto y siendo devueltos a la salida, haciéndose responsables, en caso de extravío, de la pérdida de los mismos.

3.º De que los enfermos no salgan del Establecimiento sin autorización del Administrador.

4.º De que los enfermeros del Establecimiento no salgan sino para asuntos del servicio o con permiso del Administrador o de la Superiora, por delegación de éste.

Auxiliar de oficina

Art. 27. El Auxiliar de la Oficina estará a las órdenes del Administrador para todo cuanto esté relacionado con la Oficina del Establecimiento.

Celador

Art. 28. Incumbe al Celador:

1.º La vigilancia y custodia de los enfermos.

2.º Distribuir el servicio de vigilancia de día y de noche y cuidar del exacto cumplimiento de estos servicios.

3.º Asegurarse de que no falta ningún enfermo, para lo cual pasará, por lo menos, dos requisas diarias, una por la mañana y otra al anochecer, dando parte diario a la Administración de cuanto advirtiese, tanto de los enfermos como de los enfermeros, y de la seguridad o inseguridad que ofrezcan las puertas, ventanas, tapias, etc. del Establecimiento.

Art. 29. Se considerará al Celador como Jefe inmediato de los enfermeros y les hará cumplir las órdenes del Jefe facultativo sobre higiene y medicación y las indicadas por la Administración relativas a orden y disciplina.

Guardas exteriores

Art. 30. Es obligación de estos empleados:

1.º Evitar que los enfermos se fuguen por las tapias, ventanas y demás puntos que den al exterior.

2.º Evitar que se sustraiga ni introduzca subrepticamente objeto alguno del Establecimiento.

3.º Auxillar al Portero en el caso de que hubiese necesidad de amparo para hacerse respetar en el cumplimiento de sus funciones.

Art. 31. Para cumplir las obligaciones anteriores ejercerán la más estricta vigilancia, recorriendo el recinto cuantas veces sea necesario, dando parte de las faltas de seguridad que adviertan, tanto por lo que respecta a las puertas y ventanas como a las tapias.

Art. 32. Observarán, además, todas las órdenes que reciban del Administrador.

Mozos enfermeros

Art. 33. Los mozos enfermeros, en todo lo relativo a la limpieza de los enfermos y del Establecimiento, estarán a las órdenes del Administrador, o Superior, por delegación de éste y en lo concerniente a la asistencia de los enfermos cumplirán las órdenes que reciban del Jefe facultativo y de los Médicos del pabellón donde prestan sus servicios.

Art. 34. Serán sus obligaciones:

1.º Vigilar a los enfermos, evitar su fuga, asearlos, vestirlos y cuidar de su tranquilidad, tratándolos con cariño y buenas maneras.

2.º Limpiar las camas, comedores, departamentos, vajilla y mobiliario destinado al servicio del Establecimiento.

3.º Administrar la comida y medicamentos a los enfermos, y cumplir cuantas órdenes reciban de sus superiores jerárquicos, directamente o por conducto del Celador, su Jefe inmediato.

4.º Conducir al enfermo que requiera ayuda o no pueda sin ella trasladarse al departamento de baños o dormitorio.

5.º Dar parte de cuantas novedades advierta en los enfermos y en los objetos puestos a su cuidado.

6.º No salir durante las horas de servicio fuera del Establecimiento sin causa plenamente justificada.

Art. 35. Queda prohibido a estos empleados que entreguen a los enfermos cartas ni mantengan con ellos conversaciones que puedan alterar su estado moral.

Art. 36. Sus faltas, siendo leves, las corregirá el Administrador en los términos que crea convenientes. Estos dependientes usarán dentro del Establecimiento gorra de paño azul oscuro con tira de grana y visera de cuero charolada.

Criadas

Art. 37. Estarán a las órdenes de la Superiora quien las ocupará en lo que considere útil al servicio de las enfermas, en el lavado de ropa y cocina.

Vaquero, chófer, etc.

Art. 38. Estos dependientes estarán a las inmediatas órdenes del Administrador.

CAPITULO IV

Admisión de los alienados

Art. 39. El ingreso de los dementes lo ordenará el Director general de Beneficencia y Obras Sociales.

Art. 40. Para decretar la admisión de un enfermo psíquico se precisa el cumplimiento de las siguientes formalidades:

1.º A la instancia solicitando el ingreso se acompañará una declaración firmada por el pariente más cercano del paciente o por su representante legal, o por las personas que conviven con el enfermo si no tiene parientes propios, en la que se indique expresamente su conformidad.

En dicha declaración familiar se hará constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en establecimientos psiquiátricos, en sanatorios o en aislamientos privados.

2.º Se acompañará asimismo un certificado firmado por un Médico colegiado, cuya firma sea legalizada por el Subdelegado de Medicina de su distrito, o, en ausencia de éste, por el Alcalde o por el Juez municipal. En este

certificado se hará constar la existencia de la enfermedad y la necesidad del internamiento, y expondrá brevemente la sintomatología y el resultado de la exploración somática y psíquica del paciente, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Se hará con arreglo a un formulario sencillo y especial para enfermos mentales publicado por la Dirección General de Sanidad, y que será adicionado al documento oficial de certificación.

Art. 41. Las razones para certificar la admisión de un enfermo psíquico serán:

a) La enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento.

b) La peligrosidad de origen psíquico.

c) La incompatibilidad con la vida social.

d) Las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás.

Art. 42. Los Médicos ajenos al Establecimiento que expidan las certificaciones de enfermedad psíquica no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado civil, de la persona que formula la petición, de ninguno de los Médicos del Manicomio ni del Administrador del mismo.

Art. 43. Antes de ingresar el enfermo en el establecimiento será reconocido por el Facultativo del mismo.

Art. 44. Los pobres acreditarán esta cualidad con certificado expedido por el Secretario del Ayuntamiento.

Art. 45. Para que puedan ocupar plaza de beneficencia los enfermos que disfruten subsidio a la vejez, retiro obrero, pensión del Estado, Provincia o Municipio, u otros beneficios análogos, será preciso que hagan expresa cesión del indicado beneficio en favor del Establecimiento.

Para que tenga cumplimiento lo dispuesto en el párrafo anterior deberá unirse al expediente una relación jurada en la que se haga constar que el enfermo no disfruta, en su caso, de los beneficios indicados.

Art. 46. Completo el expediente, la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales concederá al interesado un turno de ingreso y la Administración del Establecimiento cuidará de avisar cuando le corresponda entrar, si al hacer la concesión no hubiese vacantes.

Art. 47. Una vez cubierto el número total de plazas no será obstáculo esta circunstancia para cursar las solicitudes pidiendo ingreso en el Manicomio. Los expedientes incoados con este objeto se resolverán fijándose para los casos de admisión un turno homogéneo por clases.

Art. 48. Para el cumplimiento del artículo anterior se formarán por el Administrador tres listas de las órdenes de admisión, una de pobres, otra de pensionistas y otras de medio pensionistas, numeradas correlativamente.

Art. 49. Dentro de las veinticuatro horas que sigan al ingreso del enfermo, remitirá el Jefe facultativo al Juez de Primera Instancia de la última residencia del enfermo, y si ésta fuera desconocida al Juez de Primera Instancia del Distrito del Manicomio, un parte duplicado en el que se haga constar la filiación del enfermo y el nombre y domicilio del Médico que certifique el ingreso.

Art. 50. En el plazo máximo de seis meses, el Jefe facultativo remitirá al Juzgado de Primera Instancia correspondiente un informe en el que consten los resultados del estudio del enfermo ingresado.

CAPITULO V

De la salida temporal y definitiva de los alienados

Art. 51. La salida o alta de los enfermos tendrá lugar:

a) Cuando a juicio del Jefe facultativo haya cesado la indicación de la asistencia en el Establecimiento.

b) Cuando los familiares de un enfermo o su representante legal lo soliciten en debida forma del Jefe facultativo. En el caso de que la salida del enfermo se halle contraindicada por cualquier circunstancia, los familiares del paciente o su representante legal, firmarán una declaración en la cual hagan constar que, bajo su responsabilidad, y a pesar de la opinión en contra de los facultativos, se llevan al enfermo. Si el Jefe facultativo considerase al enfermo en estado de peligrosidad, podrá oponerse a su salida hasta tanto que la Autoridad gubernativa, a la que habrá notificado el deseo del representante legal, disponga el alta del enfermo.

Art. 52. Todo enfermo psíquico que sea dado de alta en el Establecimiento recibirá un documento del Jefe facultativo del mismo que así lo haga constar. El Jefe facultativo comunicará, por conducto de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales, al Gobernador Civil de la provincia y al Juez de Primera Instancia del domicilio del enfermo, la salida de éste y las circunstancias de esta salida.

Art. 53. En caso de fuga se notificará ésta a la Autoridad gubernativa o policíaca para que se proceda a la busca del enfermo y su reintegro en el Establecimiento.

Art. 54. La salida temporal de los enfermos se decretará por la Superioridad cuando el Jefe facultativo del Manicomio lo considere oportuno, pudiendo conceder como ensayo, permisos o licencias temporales que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrán concederse salidas provisionales de una duración máxima de dos años, al final de cuyo plazo se canjearán por el alta extendida en documento oficial por el Jefe facultativo.

Art. 55. Las salidas temporales sólo se otorgarán a los alienados pobres cuando medie prescripción facultativa urgente, petición o aceptación de la persona que tenga su representación legal.

Art. 56. La plaza se conservará hasta el regreso del demente cuando la licencia no exceda de tres meses, siempre que lo haya solicitado con antelación a la terminación de la misma, justificando la necesidad. Terminado este plazo, el reintegro de aquél se sujetará al orden establecido en el escalafón general.

Art. 57. Terminado el plazo de licencia, se proveerá la plaza en el enfermo a quien le corresponda por turno, si aquél no se hubiera presentado al día siguiente de la terminación.

Art. 58. Las condiciones de estos permisos o salidas provisionales son:

a) Los enfermos que salen del Establecimiento en estas condiciones podrán ser readmitidos sin formalidades de ninguna clase, salvo lo dispuesto en los artículos anteriores.

b) Sus familiares están obligados a remitir al Jefe facultativo del Establecimiento una relación mensual del estado del enfermo.

c) No podrán negarse los familiares del paciente a que éste pueda ser visitado por el personal médico del Establecimiento, si lo estimase oportuno, para el buen conocimiento de la psicosis del paciente.

Art. 59. Si la familia de un enfermo dado de alta o con licencia temporal no se presentase a recogerlo en el término de cuatro días, siguientes a la notificación, podrá aquél ser entregado a la Autoridad gubernativa para que sea conducido a su residencia familiar.

Art. 60. El reintegro de todo enfermo psíquico dado de alta se efectuará mediante los mismos requisitos que el ingreso.

CAPITULO VI

Pensionistas

Art. 61. Desde la publicación de este Reglamento, los enfermos pensionistas de ambos sexos pagarán: los de primera clase, diez pesetas diarias por

estancia completa; los de segunda clase pagarán, por el mismo concepto de estancia completa, siete pesetas cincuenta céntimos diarias.

Art. 62. Los pagos se efectuarán en la Administración-Depositaria del Manicomio por meses adelantados.

Art. 63. La falta de pago de tres mensualidades consecutivas ocasionará la baja del enfermo en el Establecimiento.

CAPITULO VII

Del régimen interior

Art. 64. El Administrador del Manicomio, al ingresar los enfermos, inscribirá en un Registro foliado el nombre, apellidos, edad, naturaleza y vecindad del asilado, nombre y domicilio del representante legal del mismo que haya solicitado el ingreso y la orden en cuya virtud se haya verificado.

En el citado Registro se hará constar también, en su caso, la salida temporal o definitiva del enfermo y las causas que la motivan.

Art. 65. El Jefe facultativo abrirá una hoja clínica del alienado.

Art. 66. El Jefe facultativo, de acuerdo con el Administrador, señalará los casos en que haya de suministrarse a los acogidos alimentación extraordinaria.

CAPITULO VIII

División del Manicomio

Art. 67. El Asilo será dividido en cuarteles diferentes para los dos sexos; cada uno de aquellos cuarteles se subdividirá en departamentos independientes dedicados a observación, a pobres, a pensionistas, a alienados psicóticos, a turbulentos, a furiosos o suicios, a epilépticos y a convalecientes.

Art. 68. Las órdenes del Jefe facultativo concernientes al régimen físico y moral y a la policía médica y personal de los alienados puestos en los departamentos enumerados serán estrictamente respetadas por los empleados del establecimiento, cualquiera que fuese su empleo o categoría.

Art. 69. El Manicomio contará con una botica provista según las exigencias de la Farmacología moderna.

Contendrá, además, agregada a cada departamento, una sección de baños y cuarto de aseo, gimnasio, gabinete hidroterápico, enfermería y jardines para paseo y recreo de los enfermos.

CAPITULO IX

Visitas a los enfermos

Art. 70. La visita a los enfermos deberá ser solicitada del Jefe facultativo, que la negará sólo en caso de causa justificada.

Art. 71. Se prohíbe la entrada en el Manicomio a toda persona ajena al servicio y administración del mismo.

CAPITULO X

Enterramientos

Art. 72. La Administración se encarga del enterramiento de los cadáveres de los alienados pobres.

Art. 73. El de los pensionistas será de cuenta de las familias de los mismos.

DISPOSICION FINAL

Art. 74. Queda derogado el Reglamento de 12 de mayo de 1885 y disposiciones complementarias.

Madrid, 3 de noviembre de 1941.—
Valentin Galarza.

ORDEN de 3 de noviembre de 1941 por la que se declara jubilado al Guardia don Manuel Jular Peña, del Cuerpo de Seguridad y Asalto.

Excmo. Sr.: Por haber cumplido la edad reglamentaria.

Acuerdo, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 49 del Estatuto de Clases Pasivas del Estado de 22 de octubre de 1926 y 44 del Reglamento para su aplicación de 21 de noviembre de 1927, declarar jubilado al que a continuación se detalla, el cual fué separado del Cuerpo de Seguridad y Asalto con fecha 25 de noviembre de 1936, por hallarse incurso en el Decreto número 108 de la Junta de Defensa Nacional (BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO número 22, de 16 de septiembre de este mismo año).

Guardia don Manuel Jular Peña. Fecha de jubilación, 29 de diciembre de 1939. Plantilla de León.

Madrid, 3 de noviembre de 1941.

GALARZA

Excmo. Sr. Director general de Seguridad.

ORDEN de 5 de noviembre de 1941 por la que se convoca oposición para proveer la plaza de Director de la Banda Municipal de Música de Madrid.

Ilmo. Sr.: Vacante la plaza de Director de la Banda Municipal de Música de Madrid, producida por fallecimiento del que ejercía el cargo; celebrada la oposición para ingreso en el Cuerpo y habiendo acordado el Ayuntamiento de esta capital solicitar de este Departamento se aruncie la oportuna oposición para cubrir el citado cargo,

Este Ministerio, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo cuarto de la Ley de 20 de diciembre de 1932, en armonía con lo que se determina en el artículo 18 del Reglamento de 3 de abril de 1934, ha acordado se convoque la referida plaza de Director de la Banda Municipal de Música de Madrid.

Madrid, 5 de noviembre de 1941.—
P. D., Antonio Iruemendi.

Ilmo. Sr. Director general de Administración Local.

MINISTERIO DEL EJERCITO

DIRECCION GENERAL DE RECLUTAMIENTO Y PERSONAL

Destinos

ORDEN de 30 de octubre de 1941 por la que se designa a los Jefes del Arma de Infantería que se relacionan para prestar servicio en las Fuerzas de Policía Armada y de Tráfico.

Se designa para prestar servicio en las Fuerzas de Policía Armada y de Tráfico a los Jefes del Arma de Infantería que a continuación se relacionan, los cuales causan baja en sus actuales destinos y quedan en la situación prevenida en el párrafo segundo del artículo segundo del Decreto de 23 de septiembre de 1939 (D. O. núm. 4).

Teniente Coronel don José Imaz Echevarri, del Regimiento de Infantería núm. 54.

Otro, don Jose Ramirez de Cartagena Marcaida, del Regimiento de Infantería núm. 50.

Comandante don Martín Ruiz Merino, de disponible forzoso en la Tercera Región Militar.

Madrid, 30 de octubre de 1941.

VARELA

ORDEN de 30 de octubre de 1941 por la que se designa a los Oficiales de Infantería que se relacionan para prestar servicio en las Fuerzas de Policía Armada y de Tráfico.

Se designa para prestar servicio en las Fuerzas de la Policía Armada y de Tráfico a los Oficiales de Infantería que seguidamente se relacionan, los

cuales cesan en sus actuales destinos y quedan en la situación prevenida en el párrafo segundo del artículo segundo del Decreto de 23 de septiembre de 1939 (D. O. núm. 4):

Tenientes

D. Julián Esguivillas Merino, del Regimiento de Infantería número 1.

D. Luis Ripa Uriarte, del Regimiento de Infantería número 80.

D. Luis Sarachaga Rodríguez, del Regimiento de Infantería número 35.

D. Francisco Canales Mirón, del Regimiento de Infantería número 29.

D. Manuel Harchero Quintero, del Regimiento de Infantería número 33.

D. Pedro Medina Gámez, de la Sección de Tropa de la Academia de Infantería de Guadalajara.

D. Victoriano Bueno Gabia, del Regimiento de Infantería número 17.

D. Amadeo Pastor González, del Regimiento de Infantería número 20.

D. Miguel Ponsa López, del Regimiento de Infantería número 5.

D. Bernardino Fernández Fernández, del Regimiento de Infantería número 29.

D. Antonio Muñoz Martínez, del Regimiento de Infantería número 5.

D. Florencio Alvarez Cervantes, de la Sección Destino División 42.

D. Miguel Granados Noble, del Regimiento de Infantería número 52.

D. Manuel Camps Miret, del Regimiento de Infantería número 24.

D. Diego Banderas Florido, del Regimiento de Infantería número 48.

D. Manuel Moreno Uceda, del Regimiento de Infantería número 6.

D. Pedro Fuertes Herrero, del Regimiento de Infantería número 20.

D. Tomás Ruiz Ríoyo, de la Sección de Tropa de la Academia de Infantería de Guadalajara.

D. Felipe Salafranca del Solar, del Batallón de Trabajadores número 7.

D. Francisco Piriz Alfonso, del Regimiento de Infantería número 1.

Tenientes Provisionales

D. Emilio Rodríguez Jiménez, de a disposición del Capitán general de la 4.ª Región.

D. Pedro Manoja Sánchez, de a disposición del Capitán general de la 2.ª Región.

D. Nicanor Corrales Carranza, de a disposición del Capitán general de la 1.ª Región.

D. Raimundo Alberto Calvo García, de a disposición del Capitán general de la 1.ª Región.

D. Juan Sanz Paracuellos, de a disposición del Capitán general de la 7.ª Región.

D. José Alvarez Noriega, de a disposición del Capitán general de la 7.ª Región.

REGLAMENTO ORGÁNICO

Para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés.

CAPÍTULO I

OBJETO, CLASE, Y GOBIERNO SUPERIOR DEL ESTABLECIMIENTO.

Artículo 1. El Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, declarado de Beneficencia general por Real Orden de 1º de noviembre de 1852, depende del Ministerio de Gobernación y de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales.

Artículo 2. El destino del Establecimiento es el tratamiento médico moral de los enajenados.

Artículo 3. La población acogida será de pobres pero habrá también pensionistas.

Artículo 4. Los pensionistas de ambos sexos serán de dos clases; de primera y de segunda, pudiendo admitirse como máximo setenta y cinco en primera clase y ciento veinticinco en segunda. El número de pobres en uno y otro sexo no podrá exceder de doscientos.

CAPÍTULO II

DE LA ALTA INSPECCIÓN Y GOBIERNO SUPERIOR DEL ESTABLECIMIENTO

Artículo 5. Corresponde al Ministro de Gobernación:

1ª La alta inspección del establecimiento.

2ª El nombramiento y separación del personal cuyo sueldo o remuneración exceda de cuatro mil pesetas.

3ª La aprobación de las cuentas que los fondos presupuestarios rinda el Administrador- Depositario.

4ª La aprobación y cancelación en su caso, de la fianza prestada por el Administrador- Depositario.

Artículo 6. Corresponde al Director General de Beneficencia y Obras sociales:

1ª La inspección inmediata del Establecimiento por Delegación del Ministro.

2ª Censurar las cuentas que de los fondos presupuestarios rinda el Administrador- Depositario y aprobar la de los fondos particulares del Establecimiento.

3ª Acordar con arreglo al reglamento, oyendo al Jefe facultativo, el ingreso y las bajas de todos los albergados, así como las salidas temporales en los casos previstos de este Reglamento.

4ª Someter a la aprobación de la superioridad los expedientes de obras nuevas y las necesarias para la reparación y conservación del edificio, previa audiencia e intervención del Arquitecto de la Beneficencia general.

5ª Resolver cuantas consultas se formulen en orden a la interpretación de este Reglamento.

6ª Proponer a la Superioridad la cuantía de la fianza del Administrador- Depositario.

7ª Nombrar al personal subalterno cuyo sueldo, remuneración o jornal no exceda de cuatro mil pesetas mensuales.

CAPÍTULO III

PERSONAL DEL MANICOMIO

Artículo 7. El personal facultativo y subalterno del manicomio estará integrado por un Administrador- Depositario, un Auxiliar, un Médico-Jefe facultativo, dos Médicos supernumerarios residentes, un Médico auxiliar, un Médico del laboratorio de análisis, cuatro Practicantes, un Capellán, dieciocho Hijas de la Caridad, un Celador del Departamento, un maquinista para el balneario y lavadero mecánico, un barbero, un mozo para los servicios de calefacción, un cochero- carretero, hortelano- jardinero, dos guardas exteriores, veinticuatro mozos y enfermeros externos, un vaquero y once lavanderas.

Facultativos

Artículo 8. Para la asistencia de los alienados habrá un Jefe facultativo, Profesor de medicina y cirugía; dos médicos residentes y un médico auxiliar.

Artículo 9. El Jefe facultativo del establecimiento, además de los deberes que le impone el Reglamento del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia General, tendrá las atribuciones siguientes:

1ª Será jefe inmediato del personal facultativo, practicantes y enfermeros.

2ª Presidirá las Juntas de Profesores, autorizando las estadísticas mensuales que se eleven a la superioridad.

3ª Fijará las horas de visita de los señores médicos, horas de comida y distribución de alimentos.

4ª Fijará las horas y días de entrada de las familias que soliciten comunicarse con los albergados.

5ª Visará la cuenta de farmacia y los documentos a ella referentes.

6ª Librar las certificaciones facultativas y entender en todo lo que revista carácter médico oficial.

7ª Ordenar la colocación de los alienados, según su enfermedad mental, en los distintos departamentos, así como su traslado a otro establecimiento.

8ª Nombrar los enfermos que puedan, sin riesgo propio o ajeno, ocuparse, en la sala de oficios, del trabajo o labor que especifique.

9ª Determinar las distracciones o paseos de los enfermos.

10ª Será de su cargo la orientación o dirección de las historias clínicas y todo lo que afecte al estudio de las manifestaciones mentales de los alienados.

Artículo 10. Los Médicos residentes tendrán las siguientes atribuciones:

1ª Serán de su cargo la visita diaria del departamento que previamente le fuese asignado por el Jefe facultativo.

2ª Vigilar el servicio de su departamento, farmacia y el especial de los practicantes, atender a los enfermos comunes y firmar diariamente el libretín de medicamentos.

3ª Hacer las estadísticas mensuales de los enfermos acogidos, altas y bajas para ser entregadas para su visto bueno por la jefatura.

4ª Ordenar y autorizar el inventario de los instrumentos, aparatos y efectos propios del servicio, entregando una copia al administrador del establecimiento. Este inventario se ampliara con la relación de los nuevos objetos que se adquieran y de los que hubiesen sufrido deterioro hasta el punto de resultar inútiles.

5ª Estará a su cargo la redacción de las historias clínicas de los enfermos de su departamento, siguiendo en los casos dudosos, la orientación del Jefe facultativo, cerrándolas y firmándolas según su terminación para su archivo correspondiente.

6ª Visitar cuando lo estime oportuno por la tarde, a sus enfermos comunes, dado su estado de gravedad.

7ª En los casos de urgencia extrema, cada médico atenderá a los de su servicio y solamente en caso de ausencia podrá ser sustituido por otro de distinto departamento.

8ª Todas las sustituciones por permisos, enfermedad o causas imprevistas, serán por orden de rigurosa antigüedad, ocupándose el puesto de jefatura el mas antiguo en el nombramiento.

Artículo 11. El médico auxiliar estará a las órdenes inmediatas del Jefe facultativo y de los médicos residentes, y cumplirá cuantos servicios le encomienden inherentes u su especialidad.

Practicantes

Artículo 12. Para el servicio del establecimiento habrá cuatro practicantes nombrados por oposición.

Artículo 13. Son obligaciones de estos funcionarios:

1ª Ejercer los actos y operaciones de cirugía menor, sujetándose a las prescripciones de los médicos del departamento y ayudando a estos en todas las operaciones quirúrgicas y autopsias.

2ª Administrar por si o vigilar por medio de los enfermeros los medicamentos y baños que hayan sido dispuestos por los facultativos.

3ª Vigilar a los enfermeros para que cumplan sus deberes, dando parte al médico de las faltas que adviertan, que a su vez, las comunicará a la jefatura facultativa o a la administración.

4ª Anunciada por la campana de la llegada del profesor, se presentaran inmediatamente en el pabellón donde empiece la visita y comunicarán a dicho profesor las novedades del departamento, llevando un libretin y anotando en el las prescripciones del médico.

5ª Recogida de los medicamentos de la farmacia a la hora señalada por el Jefe facultativo o indicar a los enfermeros o hermanas de la caridad encargados de la asistencia de los enfermos la administración de aquellos, horas y como deben darse.

6ª Establecerán una guardia de veinticuatro horas a los efectos del servicio, en la forma y turno que indique el Jefe facultativo. No podrán abandonar el establecimiento sin autorización del médico del pabellón donde están agregados, a quien asimismo se dirigirán para permisos y salidas, el que, a su vez lo pondrá en conocimiento del jefe facultativo.

Administrador-Depositario

Artículo 14. El nombramiento del administrador-depositario ha de recaer en un funcionario del cuerpo técnico del Ministerio de la Gobernación.

Artículo 15. Corresponde a este funcionario:

- 1ª Recaudar todos los ingresos del establecimiento.
- 2ª Cuidar bajo su responsabilidad, de que no se efectúe ningún pago que no esté consignado en el presupuesto dentro del límite establecido.
- 3ª Cuidar con especial celo y bajo su responsabilidad de la recaudación de pensiones.
- 4ª Rendir mensualmente a la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales cuentas cuadruplicadas de los ingresos, y gastos, acompañando los justificantes de los mismos.
- 5ª Responder a las cantidades satisfechas fuera del crédito confiado y de las que no resulten debidamente especificadas.
- 6ª El administrador es el jefe del establecimiento como delegado de la administración central.
- 7ª Prestará fianza cuya cuantía consistiera en el importe una doceava parte de los ingresos presupuestados del establecimiento.
- 8ª Determinará de acuerdo con el Jefe facultativo y la superioridad, la alimentación de los acogidos y de los empleados que sean internos.

Capellán

Artículo 16. Para el servicio espiritual de los enfermos habrá un capellán.

Artículo 17. Incumbe al mismo:

- 1ª Celebrar misa diariamente dentro del establecimiento, en el local y hora oportunos.
- 2ª Administrar los santos sacramentos ya a los enfermos, ya al personal del establecimiento y a la asistencia a los moribundos la ejercerá a tenor de las obligaciones inherentes a su ministerio, cuasi parroquial.
- 3ª En los días festivos celebrará durante la misa, una sencilla instrucción catequística que no excederá de treinta minutos ni bajará de quince y se sentará en el confesionario por lo menos media hora antes de la misa, para facilitar la confesión a cuantos lo deseen.

Artículo 18. Será el jefe de la capilla y dispondrá el culto.

Artículo 19. Siempre que se ausente momentáneamente del establecimiento deberá indicar al portero la hora de su regreso y el lugar donde le pueden encontrar durante su ausencia. En caso de ausencia autorizada, por enfermedad u otra dificultad que le impida el cumplimiento de su ministerio, tendrá que dejar, por su cuenta y cargo, otro sacerdote en el establecimiento que le sustituya.

Hijas De La Caridad

Artículo 20. El servicio inmediato de los enfermos, así como los cuidados del aseo y limpieza del manicomio, se confía a las hijas de la caridad, ayudadas por el personal subalterno del establecimiento.

Artículo 21. En el departamento de enfermas mentales tendrán a su cargo la custodia, vigilancia y aseo de las mismas, pidiendo, en caso preciso, reclamar el auxilio de los enfermeros.

Artículo 22. Vigilarán y atenderán el lavado, cosido y planchado de las ropas del establecimiento.

Artículo 23. Se distribuirán para estos fines las hermanas que a su juicio de la superiora sean necesarias, y los incumbe:

- a). Disponer como debe hacerse el servicio de cocina y despensa.
- b). Recibir los artículos de consumo para su conservación y distribución.
- c). Hacerse cargo de las ropas y demás efectos tanto de las pensionistas como de las de beneficencia, manifestando mensualmente a la administración las que necesitan las mismas.

Artículo 24. Para auxiliar en todos los servicios de su cargo, tendrán el numero de criadas que la Superioridad estime conveniente.

Barbero

Artículo 25. Es su obligación afeitar a los pensionistas y los de beneficencia dos veces por semana, y cortar el pelo mensualmente, antes si fuese necesario, a todos los asilados.

Portero

Artículo 26. Tendrá a su cargo el cuidado de la puerta principal y procurará tener constantemente cerrada la verja, entregando la llave al sereno de guardia que por la noche la sustituya y cuidara.

1ª de no permitir la entrada a persona alguna dentro del establecimiento y ajena a el sin previo conocimiento y autorización del administrador.

2ª de no permitir a ninguna persona entrar en el manicomio con bastón, palo, o armas, recogiénolos en el acto y siendo devueltos a la salida, haciéndose responsable, en caso de extravió, de la perdida de los mismos.

3ª de que los enfermos no salgan del establecimiento sin autorización del administrador.

4ª de que los enfermeros del establecimiento no salgan sino para asuntos del servicio o con permiso del administrador o de la superiora, por delegación de este.

Auxiliar de Oficina

Artículo 27. El auxiliar de la oficina estará a las órdenes del administrador para todo cuanto este relacionado con la oficina del establecimiento.

Celador

Artículo 28. Incumbe al celador:

1ª La vigilancia y custodia de los enfermos.

2ª Distribuir el servicio de vigilancia de día y de noche y cuidar del exacto cumplimiento de estos servicios.

3ª Asegurarse de que no falta ningún enfermo, para lo cual pasara por lo menos dos requisas diarias, una por la mañana y otra al anochecer, dado parte diario a la administración de cuanto advirtiese tanto de los enfermos como de los enfermeros y de la seguridad o inseguridad que ofrezcan las puertas, ventanas, tapias, etc del establecimiento.

Artículo 29. Se considera al celador como jefe inmediato de los enfermeros y los hará cumplir las órdenes del Jefe facultativo sobre higiene y medicación y las indicadas por la administración relativas a orden y disciplina.

Guardas Exteriores

Artículo 30. Es obligación de estos empleados:

1ª Evitar que los enfermos se fuguen por las tapias, ventanas y demás puntos que den al exterior.

2ª Evitar que se sustraiga ni introduzca, subrepticamente, objeto alguno del establecimiento.

3ª Auxiliar al portero en el caso de que hubiese necesidad de amparo para hacerse respetar en el cumplimiento de sus funciones.

Artículo 31. Para cumplir las obligaciones anteriores ejercerán la más estricta vigilancia, recorriendo el recinto cuantas veces sea necesario, dando parte de las faltas de seguridad que adviertan, tanto por lo que respecta a las puertas y ventanas como a las tapias.

Artículo 32. Observaran, además, todas las ordenes que reciban del administrador.

Mozos Enfermeros

Artículo 33. Los mozos enfermeros, en todo lo relativo a la limpieza de los enfermos y del establecimiento, estarán a las órdenes del administrador, o superiora, por delegación de este, y en lo concerniente a la asistencia de los enfermos cumplirán las órdenes que reciban del Jefe facultativo y de los médicos del pabellón donde presten sus servicios.

Artículo 34. Serán sus obligaciones:

1ª Vigilar a los enfermos, evitar su fuga, asearlos, vestirlos y cuidar de su tranquilidad, tratándolos con cariño y buenas maneras.

2ª Limpiar las camas, comedores, departamentos, vajilla y mobiliario destinado al servicio del establecimiento.

3ª Administrar la comida y medicamentos a los enfermos y cumplir cuantas ordenes reciban de sus superiores jerárquicos, directamente o por conducto del celador, su jefe inmediato.

4ª Conducir al enfermo que requiera ayuda o no pueda sin ella trasladarse al departamento de baños o dormitorio.

5ª Dar parte de cuantas novedades advierta en los enfermos y en los objetos puestos a sus cuidado.

6ª No salir durante las horas de servicio fuera del establecimiento sin causa plenamente justificada.

Artículo 35. Queda prohibido a estos empleados que entreguen cartas a los enfermos ni mantener con ellos conversaciones que puedan alterar su estado moral.

Artículo 36. Sus faltas siendo leves, las corregirá el administrador en los términos que crea convenientes. Estos dependientes usarán dentro del establecimiento, gorra de paño azul oscuro con tira de grana y visera de cuero charolada.

Criadas

Artículo 37. Estaban a las órdenes de la superiora, quien las ocupara en lo que consideren útil al servicio de las enfermas en el lavado de ropa y cocina.

Vaquero, Chauffeur, Etc

Artículo 38. Estos dependientes estarán a las inmediatas órdenes del administrador.

CAPÍTULO IV

ADMISIÓN DE LOS ALIENADOS

Artículo 39. El ingreso de los dementes lo ordenará el Director General de la Beneficencia y Obras Sociales.

Artículo 40. Para decretar la admisión de un enfermo psíquico se precisa el cumplimiento de las siguientes formalidades:

1ª A la instancia solicitando el ingreso, se acompañará una reclamación firmada por el pariente más cercano del paciente o por su representante legal, o por las personas que conviven con el enfermo si no tiene parientes propios, en la que se indique expresamente su conformidad. En dicha declaración familiar se hará constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en establecimientos psiquiátricos, en sanatorios o en aislamientos privados.

2ª Se acompañará, asimismo un certificado firmado por un médico colegiado, cuya firma sea legalizada por el Subdelegado de medicina de su distrito, o en ausencia de éste, por el Alcalde o por el Juez municipal. En este certificado se hará constar la existencia de la enfermedad y la necesidad de internamiento y expondrá, brevemente la sintomatología y el resultado de la exploración somática y psíquica del paciente, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Se hará con arreglo a un formulario sencillo y especial para enfermos mentales publicado por la Dirección General de Sanidad y que será adicionado al documento oficial de certificación.

Artículo 41. Las razones para certificar la admisión de un enfermo psíquico serán:

- a. La enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento.
- b. La peligrosidad de origen psíquico.
- c. La incompatibilidad con la vida social.
- d. Las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida o los bienes de los demás.

Artículo 42. Los médicos ajenos al Establecimiento que expidan las certificaciones de enfermedad psíquica no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado civil, de la persona que formula la petición, de ninguno de los Médicos del Establecimiento ni del Administrador del mismo.

Artículo 43. Antes de ingresar el enfermo en el Establecimiento será reconocido por el Facultativo del mismo.

Artículo 44. Los pobres acreditarán esta cualidad con certificado expedido por el Secretario del Ayuntamiento.

Artículo 45. Para que puedan ocupar plaza de beneficencia los enfermos que disfruten subsidio a la vejez, retiro obrero, pensión del Estado, Provincia o Municipio, u otros beneficios análogos, será preciso que hagan expresa cesión del indicado beneficio a favor del Establecimiento.

Para que tenga cumplimiento lo dispuesto en el párrafo anterior debe unirse al expediente una declaración jurada en la que se haga constar que el enfermo no disfruta en su caso de los beneficios indicados.

Artículo 46. Completo el expediente, la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales concederá al interesado un turno de ingreso y la Administración del Establecimiento cuidará de avisar cuando le corresponda entrar, si al hacer la concesión no hubiese vacantes.

Artículo 47. Una vez cubierto el número total de plazas no será obstáculo esta circunstancia para cursar las solicitudes pidiendo ingreso en el Manicomio. Los expedientes incoados con este objeto se resolverán fijándose para los casos de admisión un turno riguroso por clases.

Artículo 48. Para el cumplimiento del artículo anterior se formarán, por el Administrador tres listas de admisión, una de pobres, otra de pensionistas y otra de medio-pensionistas, numeradas correlativamente.

Artículo 49. Dentro de las veinticuatro horas que sigan al ingreso del enfermo, remitirá el Jefe facultativo al Juez de Primera Instancia de la última residencia del enfermo y si esta fuera desconocida, al Juez de Primera Instancia del distrito del Manicomio, y parte duplicado donde se haga constar la filiación del enfermo y el nombre y domicilio del médico que certificó el ingreso.

Artículo 50. En el plazo máximo de seis meses, el Jefe facultativo remitirá al Juzgado de Primera Instancia correspondiente, un informe en el que consten los resultados del enfermo ingresado.

CAPÍTULO V

LA SALIDA TEMPORAL Y DEFINITIVA DE LOS ALIENADOS.

Artículo 51. La salida o alta de los enfermos tendrá lugar:

- a. Cuando a juicio del Jefe facultativo haya cesado la indicación de asistencia en el Establecimiento.
- b. Cuando los familiares de un enfermo o su representante legal lo solicitara de debida forma al Jefe facultativo. En caso de que la salida del enfermo se halle contraindicada por cualquier circunstancia, los familiares del paciente o su representante legal, firmaran una declaración en la que se hagan constar que bajo su responsabilidad y a pesar de la opinión en contra de los facultativos, se llevan al enfermo. Si el Jefe facultativo considerase al enfermo en estado de peligrosidad, podrá oponerse a su salida hasta tanto que la autoridad gubernativa, a la que habrá notificado el deseo del representante legal, disponga el alta del enfermo.

Artículo 52. Todo enfermo psíquico que sea dado de alta en el Establecimiento recibiera un documento del Jefe facultativo del mismo que así lo haga constar. El Jefe facultativo comunicará, por conducto de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales, al Gobernador civil de la provincia y Juez de primera instancia del domicilio del enfermo, la salida de éste y la circunstancia de la salida.

Artículo 53. En caso de fuga se notificará ésta a la autoridad gubernativa y policíaca para que se proceda a la búsqueda del enfermo y su reingreso en el establecimiento.

Artículo 54. La salida temporal de los enfermos se decretará por la Superioridad cuando el Jefe facultativo del manicomio lo considere oportuno, pudiendo conceder como ensayos permisos o licencias temporales que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrán concederse salidas provisionales de una duración máxima de dos años, al final de cuyo plazo se canjearán por alta extendida en un documento oficial por el Jefe facultativo.

Artículo 55. Las salidas temporales solo se otorgarán a los alienados pobres cuando medie la prescripción facultativa urgente, petición o aceptación de la persona que tenga su representación legal.

Artículo 56. La plaza se conservará hasta el regreso del demente cuando la licencia no exceda de tres meses, siempre que lo haya solicitado con antelación a la terminación de

la misma, justificando la necesidad. Terminado este plazo, el reingreso de aquel se sujetará al orden establecido en el escalafón general.

Artículo 57. Terminado el plazo de licencia, se proveerá la plaza en el enfermo a quien le corresponda oportuno, si aquel no se hubiese presentado al día siguiente de la terminación.

Artículo 58. Las condiciones de estos permisos o salidas provisionales son:

- a. Los enfermos que salen del establecimiento en estas condiciones podrán ser admitidos sin formalidades de ninguna clase, salvo lo dispuesto en los artículos anteriores.
- b. Sus familiares están obligados a remitir al Jefe facultativo del establecimiento una relación mensual del estado del enfermo.
- c. No podrán negarse los familiares del paciente a que este pueda ser visitado por el personal médico del Establecimiento, si lo estimase oportuno, para el buen conocimiento de la psicosis del enfermo.

Artículo 59. Si la familia de un enfermo dado de alta o con licencia temporal no se presentase a recogerlo en el término de cuatro días siguientes a la notificación podrá aquel ser entregado a la autoridad gubernativa para que sea conducido a su residencia familiar.

Artículo 60. El reingreso de todo enfermo psíquico dado de alta se efectuará mediante los mismos requisitos del ingreso.

CAPÍTULO VI

PENSIONES

Artículo 61. Desde la publicación de este Reglamento, los enfermos pensionistas de ambos sexos pagarán: los de primera clase, diez pesetas diarias por estancia completa, los de segunda clase, pagarán por el mismo concepto de estancia completa, siete pesetas cincuenta céntimos diarias.

Artículo 62. Los pagos se efectuarán en la Administración Depositaria del manicomio por meses adelantados.

Artículo 63. La falta de pago de tres mensualidades consecutivas ocasionará la baja definitiva del enfermo en el establecimiento.

CAPÍTULO VII

DEL RÉGIMEN INTERIOR

Artículo 64. El administrador del manicomio, al ingresar los enfermos, inscribirá en un registro foliado el nombre, apellidos, edad, naturaleza y vecindad del asilado, nombre y domicilio de representante legal del mismo que haya solicitado el ingreso y la orden en cuya virtud se haya verificado.

En el citado registro se hará constar, también en su caso, la salida temporal o definitiva del enfermo y las causas que lo motivan.

Artículo 65. El Jefe facultativo abrirá una hoja clínica del alienado.

Artículo 66. El Jefe facultativo de acuerdo con el administrador, señalará los casos en que haya de suministrarse a los acogidos alimentación extraordinaria.

CAPÍTULO VIII

DIVISIÓN DEL MANICOMIO

Artículo 67. El asilo será dividido en cuarteles diferentes para los dos sexos: cada uno de aquellos cuarteles se subdividirá en departamentos independientes dedicados a observación, a pobres, a pensionistas, a alienados pacíficos, a turbulentos, a furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes.

Artículo 68. Las órdenes del Jefe facultativo concernientes al régimen físico y moral y a la policía médica y personal de los alienados puestos en los departamentos enumerados, serán estrictamente respetados por los empleados del establecimiento, cualquiera que fuese su empleo o categoría.

Artículo 69. El manicomio contará con una botica provista según las exigencias de la farmacología moderna.

Contendrá además, agregada a cada departamento, una sección de baños y cuartos de aseo, gimnasio, gabinete hidroterápico, enfermería y jardines para el paseo y recreo de los enfermos.

CAPÍTULO IX

VISITAS DE LOS ENFERMOS

Artículo 70. La visita de los enfermos deberá ser solicitada del Jefe facultativo, que la negará solo en caso de causa justificada.

Artículo 71. Se prohíbe la entrada en el manicomio a toda persona ajena al servicio y administración del mismo.

CAPÍTULO X

ENTERRAMIENTOS

Artículo 72. La Administración se encargará del enterramiento de los cadáveres de los alienados pobres.

Artículo 73. El de los pensionistas será de cuenta de las familias de los mismos.

DISPOSICIÓN FINAL

Artículo 74. Queda derogado el Reglamento de 12 de Mayo de 1885 y disposiciones complementarias.

Madrid, 3 de Noviembre de 1941. Valentín Galarza.

MANICOMIO DE SANTA ISABEL DE LEGANES

P R E S U P U S T O

Los ingresos del Establecimiento, son de dos clases, presupuestados, consistentes, en el pago de parte del personal y 15,000 pts. mensuales en concepto de suvención y extrapresupuestarios, procedentes del pago de la pensión, de los enfermos que están con el carácter de pensionistas.

La situación económica de momento, aunque salvada, hasta ahora, se ha de agravar por dos circunstancias, la falta de pago de las pensiones, durante todo el movimiento, falta de pago que se prevé que se ha de continuar. Como los pensionistas, 54 de la, a razón de 4,50 diarias; y 112 de 2a, a razón de 2 pts. arroja la falta de pago de pensiones un déficit mensual de unas 14,000 pts. aunque algunas se consiga su cobro, no es aventurado suponer que el déficit que se viene arrastrando y que seguramente ha de continuar será superior al 50% de las expresadas 14.000 pts.

Por lo tanto, en los momentos que se avacina, será indispensable aumentar hasta el límite que la capacidad del edificio permita, el número de enfermos y que según los calculos que hemos efectuado pueden ser del tenor siguiente:

Pensionistas de la 1a (hombres) 32.	
Un escribiente	Un veterinario
Un médico	Un farmacéutico
Un chofer	
" " " (mujeres) 23	
" " " 2a (hombres) 57	
" " " (mujeres) 4	
Beneficencia (hombres) 14	
" " (mujeres) 2	
Total de hombres 103	
" " mujeres 29	

Para este aumento de camas el Establecimiento carece de camas, colchones, ropas y mantas.

Precisa por consiguiente para la normalización de la vida económica del Establecimiento incrementar hasta donde sea posible sus ingresos pues actualmente se está cubriendo el déficit con las reservas que tenía, pero de no normalizarse su vida, sobre todo si precisa el aumento del enfermo, en plazo breve la situación será imposible.

Teniendo esto presente he hecho un estudio de el personal absolutamente necesario para reducir ~~aná~~ al mismo la plantilla y he procurado acoplar ésta a las actuales consignaciones presupuestarias, ya que prorrogado los presupuestos para el año actual no es posible que dicha partida tenga variación alguna.

Presupuesto actual :

Consignaciones en el Presupuesto del Estado.

Un medico Director.....	8.000	tps.
" " Residente.....	4.500	"
Dos auxiliares.....	5.000	"
" " (indemnización).....	3.500	"
Tres practicantes.....	8.500	"
Un celador interno.....	2.500	"
Un maquinista interno.....	2.000	"
Un barbero.....	2.000	"
Diez y ocho hijas de la caridad.....	4.500	"
Un mozo de hala hala.....	2.190	"
Un hortelano.....	2.190	"
Un cochero.....	1.642,50	"
Un guarda exterior interno.....	1.642,50	"
Un guarda exterior.....	1.642,50	"
Un vaquero.....	1.642,50	"
Veinticinco enfermeros.....	68.437,50	"
Diez lavanderas internas.....	10.950	"

T o t a l..... 170.827,50

De los fondos de la casa.

Un escribiente.....	3.047,50
Un veterinario.....	500
Un médico.....	2.500
Un farmacéutico.....	750
Un choffer.....	3.285

Ademas se pagan con cargo a los fondos de la casa la diferencia de sueldos hasta 7,50 diarias de aquellos empleados cuya consignación presupuestaria es inferior a esta cantidad, diferencias que suman veintiuna peseta por dia, o sea, 7.665,00

Del Administrador Depositario, solo se incluye 4,50 diarias como ~~gratificación~~ ración y con cargo a los fondos de la Casa porque su sueldo lo 12.747,50

lo cobraba del Ministerio de la Gobernación como empleado, que es del mismo.

RESUMEN DEL PRESUPUESTO

Consignaciones del Presupuesto del Estado, 130.837-50, con cargo a los fondos de la Casa, 17.747-50., total 148.585-00.

PLANTILLA QUE SE PROPONE:

Un médico residente.....	4.500	pts.
Un médico auxiliar.....	2.500	"
Un médico " (indemnización)....	3.500	"
Unas practicas.....	3.500	"
" ")vacante).....	2.500	"
Un celador, interno	2.500	"
Un maquinista, interno.....	2.000	"
Un barbero (vacante).....	2.000	"
Diez y ocho hermanas de la caridad...	4.500	"
Veintitantos enfermeros.....	68.437,50	68.437,50
Un mozo de calefacción.....	2.190	
Un hortelano.....	2.190	
Un guarda exterior, interno.....	1.642,50	
Un guarda exterior.....	1.642,50	
Un vaquero.....	1.642,50	
Diez lavanderas..(internas).....	10.950	
T o t a l	114.552,50	

NOTA. Estas consignaciones son con cargo al Presupuesto del Estado y como enfermeras, por no ser posible varias hoy la cifra presupuestaria cobraran, un mozo mecánico, un chofer, un escribiente, un sereno y un cochero, cuya plaza se suprime, quedando por consecuencia, solamente veinte enfermeros, de los cuales en la actualidad hay vacantes seis plazas.

DE LOS FONDOS DE LA CASA

Un veterinario..... 500 pts.

La diferencia de ~~sueldo~~ jornal del mozo de calefacción, hortelano, vaquero y escribiente, que suman 8,50 diarias, hacen un total de 3.102,50

RESUMEN;

PRESUPUESTO DEL ESTADO ACTUAL, ~~130.837,50~~ 130.837,50

PRESUPUESTO DEL ESTADO QUE SE PROPONE, 114.552,50

Diferencia, menos..... 16.285,00

PRESUPUESTO DE LOS FONDOS DE LA CASA

ACTUAL..... 17.747,50

~~Presupuesto~~ QUE SE PROPONE,..... 3.602,50
Diferencia menos..... 14.145,00

ECONOMIA TOTAL EN EL PRESUPUESTO..... 20.550,00

Total..... 30.550,00

Ademas del Presupuesto expresado habrá que proveer con un empleado de Gobernación la plaza de Admor-Depositario y un portero del escalafón general de porteros.

Queda tambien por aclarar la situación definitiva del medico director Sr. Fernandez Sanz, que perteneciendo al escalafón general de la Beneficencia puede ser destinado como actualmente se encuentra a otro servicio de su categoria que quede vacante, debiendo suprimirse la otra plaza de medico que venia desempeñando el Sr. Gallina completamente izquierdista que debe ser destituido por el Sr. Fernandez Sanz, quedando una plaza de medico que cobraba con cargo a los fondos de material.

Tambien debe ser su primer plaza de medico auxiliar residente que actualmente desempeñaba el Sr. Fernandez Mendez.

De las plazas de medicos cree el Sr. suscriptor que son suficientes con los tres que actualmente prestan su servicio. De los otros tres, debe ser declarado cesante el Sr. Gallina de caracter izquierdista y que cobraba con cargo a los fondos de la casa, quedando por aclarar la situación definitiva de los Sres. Fernandez Sanz, padre e hijo, quienes de ser conserjos en sus puestos procederá la reorganización del servicio medico del Manicomio con el traslado a otro establecimiento de los dos medicos que resultan sobrantes de plantilla.

NOTA. Estas consignaciones por no ser posible varias hoy la cifra presupuestaria como enfermeros, un mozo mecánico, un chofer, un escribiente, un aseo y copista, un mozo mecánico, un chofer, quedando por consignar, solamente un chofer, cuya plaza se suprime, quedando por consignar, solamente veinte enfermeros, de los cuales en la actualidad hay vacantes en plazas.

DE LOS FONDOS DE LA CASA

Un veterinario..... 500 pts.

La diferencia de sueldo jornal del mozo de calefacción, portero, chofer y escribiente, que suman 8,50 diarias, hacen un total de 3.102,50

RESUMEN:

PRESUPUESTO DEL ESTADO ACTUAL, 130.837,30

PRESUPUESTO DEL ESTADO QUE SE PROPONE, 114.552,50

Diferencia, menos..... 16.285,00

PRESUPUESTO DE LOS FONDOS DE LA CASA

ACTUAL..... 17.747,50

«Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés. Presupuestos.»

Los ingresos del establecimiento son de dos clases, presupuestos consistentes en el pago de parte del personal y 15000 pesetas mensuales en concepto de subvención y extrapresupuestario procedentes del pago de la pensión, de los enfermos que estén con el carácter de pensionista.

La situación económica de momento aunque salvada hasta ahora ha de agravar por dos circunstancias la primera la falta de pago de las pensiones, ya sufrido *durante todo el periodo del movimiento*, y la falta de pago que se prevé ha de continuar. Como los pensionistas 54 de primera a razón de 4,5 diarias y 112 de segunda a razón de 2 pesetas. Arroja la falta de pago de pensiones un crédito mensual de unas 14.000 pesetas aunque algunas se consiguen su cobro, no es aventurado suponer que los déficit que se vienen arrastrando y que seguramente ha de continuar, serán superior al 50% de las expresadas 14.000 pesetas.

Segundo porque en los momentos que se avecina será indispensable aumentar hasta el límite de la capacidad del edificio permita, el número de enfermos y que según los cálculos que hemos efectuado puede ser del tenor de lo siguiente: pensionistas de primera hombres 32, pensionistas de primera mujeres es 23, pensionistas de segunda hombres 57, pensionistas de segunda mujeres 4, beneficencia hombres 14, beneficencia mujeres 2. Total de hombres 103 y total de mujeres 29. Para este aumento de enfermos del establecimiento carece de colchones ropas y mantas.

Precisa por consiguiente para la normalización de la vida del establecimiento incrementar hasta donde sean posibles sus ingresos pues actualmente se está cumpliendo el déficit con las reservas que tenía pero de no normalizarse su vida, sobre todo si precisa el aumento de enfermos en plazo breve la situación será imposible.

Teniendo esto presente he hecho un estudio del personal absolutamente necesario para reducir al mismo la plantilla y he procurado acoplar ésta a las actuales consignaciones presupuestarias, ya que prorrogado los presupuestos para el año actual no es posible que dicha partida tenga variación alguna.

Presupuesto actual: Consignaciones en el presupuesto del estado: Un médico director 8000 pesetas, Un médico residente 4500, Dos auxiliares 5000, Dos auxiliares (indemnización) 3500, Tres practicantes 8500, Un Celador interno 2500, Un maquinista interno 2000, Un barbero 2000, Diez y ocho hijas de la caridad 45000, Un Mozo de calefacción 2190, Un Hortelano 2190, Un cochero 1642,50, Un guarda exterior interno

1642,50, Un vaquero 1642,50, Veinticinco enfermeros 68437,50, Diez lavanderas internas 10950, Total 130837,50. De los fondos de la casa: Un escribiente 3047,50, Un veterinario 500, Un médico 2500, Un farmacéutico 750, Un choffer 3285.

Además se pagan con cargo a los fondos de la casa la diferencia de los sueldos hasta 7,50 diarias de aquellos empleados cuya consignación presupuestaria es inferior a esta cantidad, diferencias que suman 21 pesetas por día, o sea 7669 pesetas. Del administrador depositario, sólo se incluye 4,5 diarias como ración y con cargo a los fondos de la casa porque su sueldo lo cobraba del Ministerio de la gobernación como empleado del mismo.

Resumen del presupuesto: Consignaciones del presupuesto del estado 130.837,50 pesetas con cargo a los fondos de la casa 17.747,50 pesetas. Total 148.585 pesetas.

La plantilla que se propone: Un médico residente 4.500, Dos médicos auxiliares 2.500, Un médico auxiliar (indemnización) 3.500, Dos practicantes 3.500, Dos practicantes (vacante) 2.500, Un celador interno 2.500, Un maquinista interno 2.000, Un barbero (vacante) 2.000, Diez y ocho hermanas de la caridad 4.500, Veinte enfermeros 68.437,50, Un mozo de calefacción 2.190, Un hortelano 2.190,50, Un hortelano 2.190,50, Un guarda exterior, interno 1642,50, Un vaquero 1642, 50, Diez lavanderas (internas) 10.950, Total 114.552,50.

Notas. Estas consignaciones son con cargo al presupuesto del estado y como enfermeros, por no ser posible varias hoy la cifra presupuestaria cobradas, un mozo mecánico, un chofer, un escribiente, un sereno y un cochero, cuya plaza se suprime, quedando por consecuencia, solamente veinte enfermeros, de los cuales en la actualidad hay vacantes seis plazas. De los fondos de la Casa: Un veterinario 500 pesetas.

La diferencia de jornal del mozo de calefacción, hortelano, vaquero y escribiente, que suman 8,50 pesetas diarias, hacen un total de 3.102,50 pesetas.

Resumen:

Presupuesto del estado actual 130.837,50

Presupuesto del estado que se propone 114.552,50

Diferencia, menos 16.285,00

Presupuesto de los fondos de la Casa. Actual 17.747,50

Presupuesto que se propone 3.602,50

Diferencia, menos 14.145,00

Economía total en el presupuesto 30.570,00

Además del presupuesto expresado habrá que proveer con un empleado de Gobernación la plaza de de Administrador-depositario y un portero del escalafón general de porteros.

Queda también por definir la situación definitiva del médico director Señor Fernández Sanz, que perteneciendo al escalafón general de la beneficencia puede ser destinado como actualmente se encuentra a otro servicio de su categoría que quede vacante, debiendo suprimirse la otra plaza de médico que venía desempeñando el Señor Galfán completamente izquierdista que debe ser destituido y que cobraba con cargo a los fondos de material. También debe ser suprimida una plaza de médico auxiliar residente que actualmente desempeñaba el señor Fernández Méndez.

De las plazas de médicos, cree el que suscribe son suficientes con los tres que actualmente prestan su servicio. De los otros tres, declarado cesante el señor Galiana de carácter izquierdista y que cobraba con cargos a los fondos de la casa, quedando por dilucidar la situación definitiva de los señores Fernández Sanz, padre e hijo, quienes de ser conservados en sus puestos procederá la reorganización del servicio médico del manicomio con el traslado a otros servicios de los dos médicos que resultan sobrantes de la plantilla propuesta».

PROYECTO DE PABELLON PARA TALLERES EN EL PARRAQUERO DE SANTA LUCAS DE LEGANES
1924-1925

PLANO BAS

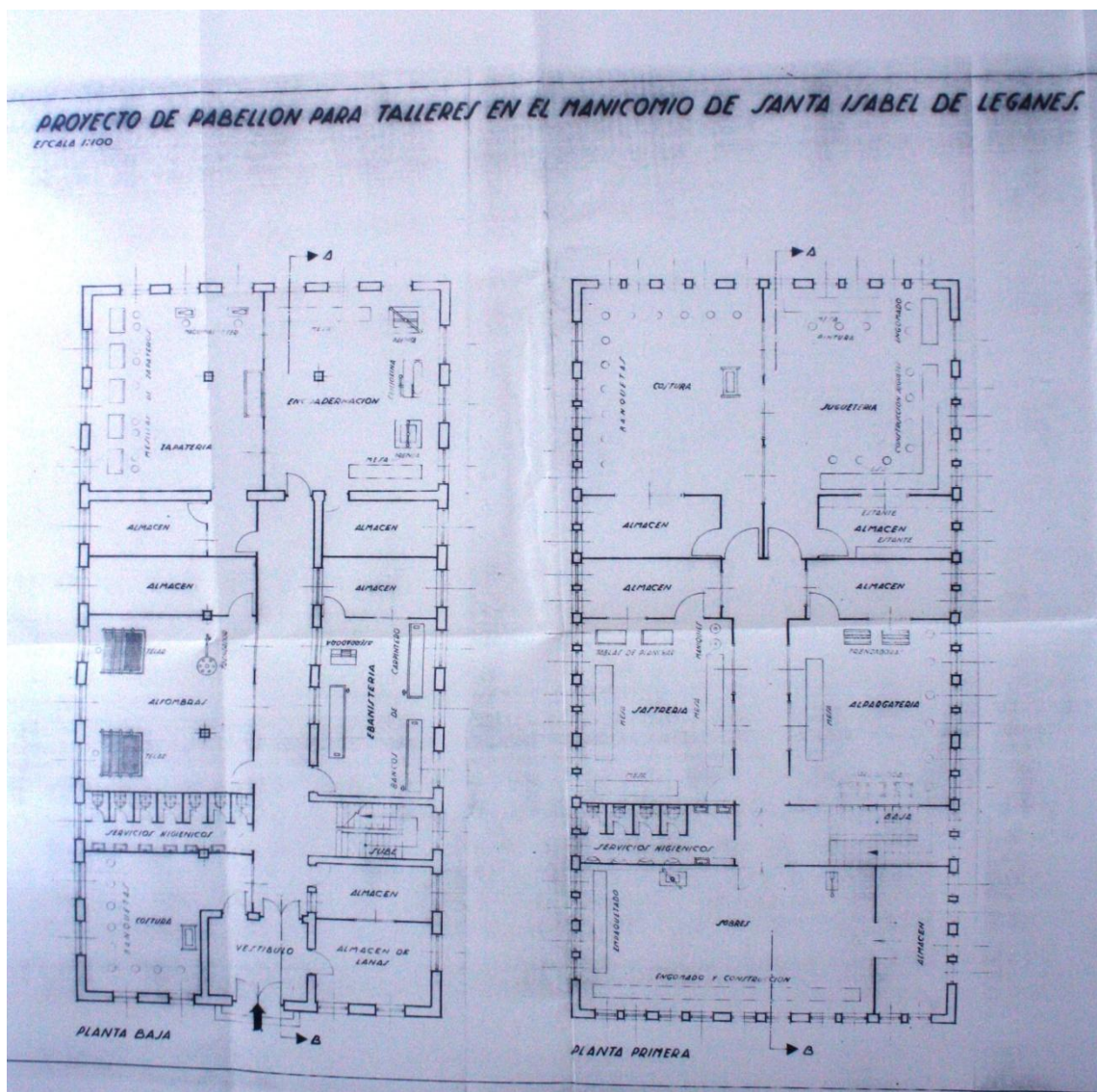
PLANO PLANTA

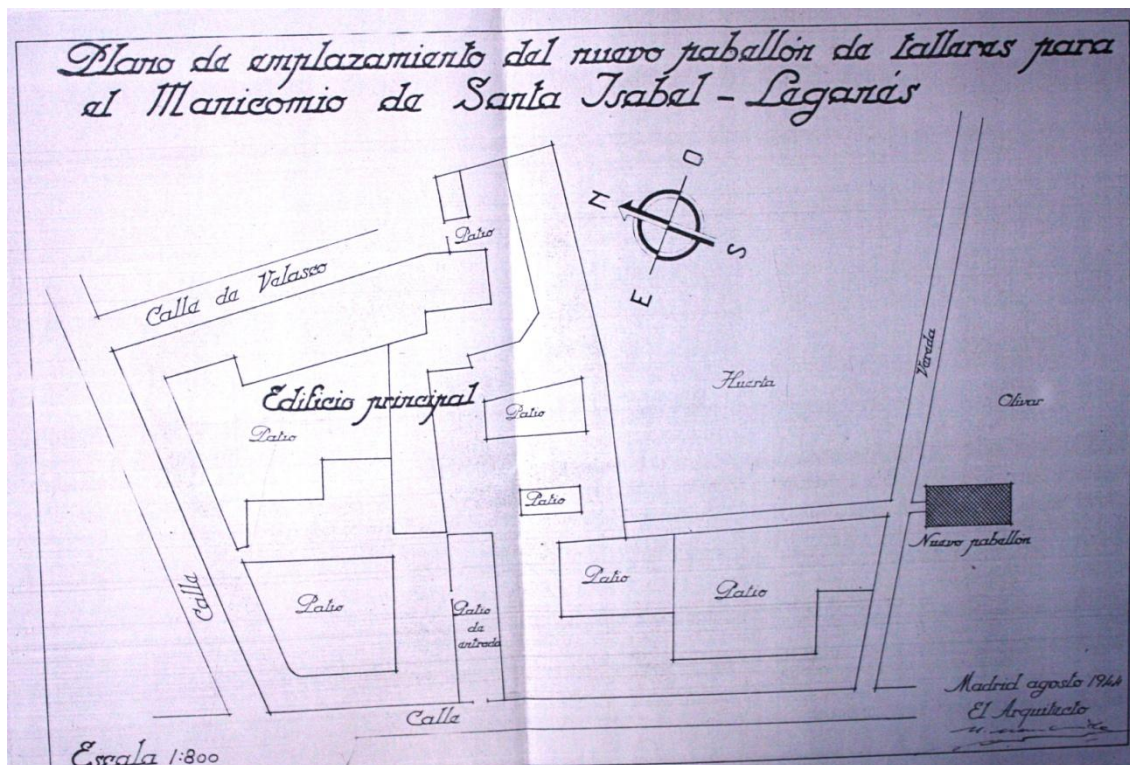
ALZADO EXTERIOR

ALZADO INTERIOR

SECCIÓN A-B

PLANO DE ORIENTACIÓN Y ANEXOS







MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

Núm.

Examinada e informada favorablemente por la Intervención general de la Administración del Estado en 9 de mayo actual, la cuenta rendida por don Manuel Martínez Chumillas, Arquitecto de la Dirección general Beneficencia y Obras Sociales, por obras de construcción de unpabellen de Tallebes en el Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, justificativa del libramiento núm. 1314, hecho efectivo en 25 de octubre de 1945, se hallan conformes los documentos que la constituyen, operaciones aritméticas y cantidades ingresadas en la Hacienda Pública por impuestos y reintegros, que justifican por completo su importe de 497.909'98 pesetas.

En consecuencia, el Interventor que suscribe no ve inconveniente en su aprobación y que sea remitida a la Ordenación de Pagos para su incorporación al libramiento de referencia.

Madrid, 16 de Mayo de 1947

EL INTERVENTOR DELEGADO,

CONFORME.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

Servicio de Estadísticas Sanitarias

Censo de Establecimientos Benéficos y Sanitarios

Año 1949

Ayuntamiento Leganés

Provincia Madrid

I.—Datos generales.

- 1.—Nombre del Establecimiento: MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL
- 2.—Servicios que presta: (I) Asistencia a enfermos mentales
- 3.—Fecha de su fundación: de Año 1831 de 1.....
- 4.—Dependiente de (II) Ministerio de la Gobernación "Sección de Beneficencia"
- 5.—Sostenido con fondos (II) del Estado
- 6.—Clase y sexo de los acogidos en el (III) Mentales de ambos sexos desde los 17 años
- 7.—Presupuesto anual de gastos de { a) Personal 218.875.00 ptas.
b) Material ptas.
- 8.—Coste medio de la estancia por enfermo o acogido al día los períodos varían de 10 y 4.50 pts.

Observaciones:

- (I) Asistencia médica, quirúrgica, enseñanza, asilo, reformatorio, etc.
(II) Estado, Provincia, Municipio, Ordenes religiosas, Asociaciones privadas, Empresas, particulares, etc.
(III) Enfermos de todas clases, mentales, tuberculosos, etc., ancianos, niños, etc.

II.—Número de enfermos o acogidos.

GRUPOS DE EDAD	Varones	Hembras	TOTAL
Menores de 5 años.			
De 5 a 13 años ...			
De <u>17</u> a 65 años ...	<u>171</u>	<u>178</u>	<u>349</u>
De más de 65 años.			
TOTAL ...			

III.—Número de salas, camas y cunas.

DESTINO	Salas	CAMAS			Cunas
		En 1949	En 1939	En 1936	
Para hombres...		<u>135</u>			
Para mujeres...		<u>173</u>			
Para niños ...					
TOTAL ...		<u>308</u>			

Leganés 2 de Noviembre de 1949.

El Subdirector Facultativo

(cargos que desempeña la persona bajo cuya dirección se ha llenado el presente boletín.)

IV.—Aparatos e instalaciones.		VI.—El Servicio Médico por especialidades.		
CONCEPTO	Número	ESPECIALIDADES	Especialidad del establecimiento	Número de médicos de cada especialidad
		(1)	(2)	(3)
1.—Quirófanos	1	1.—Análisis clínico y Anatomía patológica		
2.—Aparatos electromédicos:		2.—Aparato digestivo		
a) Rayos X	1	3.—Cirugía general		
b) Lámparas de cuarzo		4.— Id. torácica		
c) Diatermia		5.—Dermatología y Sifilografía		
d) Corrientes eléctricas		6.—Endocrinología y Nutrición		
e) Electroschok	1	7.—Estomatología		
3.—Miligramos de radio		8.—Farmacología		
4.—Aulas o clases		9.—Medicina interna		1
5.—Talleres de aprendizaje o reeducación		10.—Neuro-psiquiatría	x	4
a) Trabajos de madera	1	11.—Obstetricia y Ginecología		
b) Id. de metal		12.—Odontología		
c) Id. en cuero		13.—Oftalmología		
d) Artes gráficas		14.—Oncología		
e) Labores	2	15.—Otorrinolaringología		
f)		16.—Parasitología, Hematología y Hemoterapia		
6.—Instalaciones para educación física:		17.—Pediatria y Puericultura		
a) Gimnasio		18.—Proctología		
b) Piscina		19.—Pulmón y corazón		
c) Campo de fútbol		20.—Radiología y Radioterapia		
d) Frontón		21.—Reumatismo		
e)		22.—Traumatología y Ortopedia		
f)		23.—Urología		
Observaciones:		24.—		
Póngase cero (0) en la columna "número" cuando se trate de aparato o instalación que no exista en el Establecimiento. En los conceptos números 2, 5 y 6 se han dejado dos líneas en blanco para que sirvan para consignar otras instalaciones.		Total de especialidades del establecimiento.		
		Total de médicos		
		En la columna (2) se pondrá una equis (x) cuando se trate de una especialidad que sea atendida en el Establecimiento, y un cero (0) en caso contrario.		
		En la (3) deberá figurar cada médico en una sola especialidad (aquella a la que se dedique preferentemente). De ese modo, el total, suma de las cifras de la columna, reflejará el número exacto de médicos adscritos al Establecimiento.		

V.—Personal	
CLASES	Número
1.—Médicos	5
2.—Personal auxiliar:	
a) Practicantes	3
b) Matronas	
c) Enfermeras	
d)	
e)	
3.—Religiosos (1)	13
4.—Personal docente:	
a) Primera enseñanza	
b) Segunda enseñanza	
c) Enseñanzas especiales	
5.—Personal administrativo	3
6.—Idem subalterno	43
(1) Dígase función que desempeñan y orden a que pertenezcan.	

OBSERVACIONES
Todas las personas, individuales o colectivas, españolas o extranjeras, que residan en España están obligadas a facilitar los datos estadísticos de toda índole requeridos por el Instituto Nacional de Estadística con exactitud y dentro de los plazos que se fijan.
Los organismos del Estado y entidades de carácter público deberán facilitar igualmente los datos estadísticos que el Instituto Nacional de Estadística necesite, exceptuándose los datos confidenciales de los distintos Ministerios y especialmente los relativos a los tres Ejércitos de Tierra, Mar y Aire.
(Art. 8.º de la Ley de 31 de diciembre de 1945.)
Los datos facilitados para la información de censos y estadísticas serán objeto de absoluto secreto. Los datos estadísticos no podrán facilitarse ni publicarse más que en forma numérica, sin referencia alguna de carácter individual.
(Art. 139 del Reglamento del Instituto Nacional de Estadística.)

MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL EN LEGANES

HOJA DE ENTRADA Y VICISITUDES DE D.^{ña}. CARMEN OLIVER Cerdán.

En 19 de marzo de 1945, a las 3 de la tarde, y en virtud
orden de _____ entró Dña. Carmen Oliver Cerdán,
hija de Rafael (difunto) y de Isabel (difunta),
natural de Cortes de Navarra, provincia de Navarra, de 49 años
edad, de estado Viuda,
nacida en Madrid, provincia de _____, idem,
de calle de Montesa nº 41, 2º, su oficio u ocu-
pación S.L., sus señas
personales _____

La orden de admisión ha sido expedida a instancia de D. Luis Oliver (su hermano),
que vive en Madrid, Montesa 41, 2º.

RECONOCIMIENTO DE ENTRADA

Estatura _____ Temperamento _____
Constitución _____
Padece _____



Es quizo penia para usido.
Es quizo penia penanside usitis (Ksepelely).

EXTRACTO DE SU HISTORIA CLÍNICA Y VICISITUDES GENERALES

ÑO	MES	DÍA
15	Marzo	20

Se presenta correcto en el de padre. Tranquilo,
ordenado. Rapport normal.
Correcta mente orientado auto y alopsíquicamente.
No se explica ni ingresa aquí. Niega todo trastorno
mental.
Alimentado a que nos explique en virtud de
que motivo se ingresado aquí, dice que su
hermano ha quedado en veris hoy a las 12 y
que el nos explicara todo.
Explica a los que al te unia le quiere
se quedó un delirio y le llevaron a D. Ángel

MANICOMIO DE SANTA ISABEL

CUESTIONARIO

Núm. _____ Fecha de inscripción: 4 de Mayo de 1941
 Apellidos-Nombre: FUENTES GARCIA (Pilar)
 Nacido el 20 de Mayo, edad, 37; sexo, femenino
 Domicilio: Calle de la Independencia - no. 2 - 1^{ra}

INTERROGATORIO

Conducido al Establecimiento por indicación de (¿Su familia?): Si. Porque presenta ataques epilépticos, desde la edad de 13 años

¿Vivió con sus padres desde su nacimiento? (Indíquense cambios de domicilio): Hasta la edad de 7 años vivió con sus padres y desde los 7 años en un internado hasta la edad de 16 años

Informes dados por _____ al Manicomio

Apariencia: física, intelectual y moral: Dotada de una inteligencia clara, moral y buena en todos sus actos

¿Educativo? _____ ¿Parece la madre ser abnegada? _____ ¿Cooperadora? _____ ¿Inteligente? _____

Antecedentes familiares:

Padre: Edad: 33 Salud: Ataque Educación: _____ Inteligencia: _____

Costumbres: _____ Moralidad: _____

Carácter: _____ Humor: _____

Madre: Edad: 69 Salud: Muy bien Educación: buena Inteligencia: suficiente
 Costumbres: Muy trabajadora Moralidad: exagerada y religiosa
 Carácter: Serio Humor: Muy formal

Hermanos: Edad y hechos importantes: Antonio Puentes y Alfonso Puentes, el varón una excepción de inteligente y la hembra algo de anormal en sus hechos

¿Tienen o han tenido algún loco en la familia? Si ¿Ha tenido alguno de sus familiares ideas delirantes? Si
 ¿Raras? Si ¿Extravagancias en el carácter? Si ¿Son muy retraídos en su trato? Si
 ¿Muy tristes? Si ¿Excesivamente alegres? Si
 ¿Han padecido alcoholismo? No ¿Tuberculosis? No ¿Sifilis? No ¿Han sido aficionados a ponerse morfina? No

¿Ha existido algún suicida? No ¿Algún intento criminal? No

¿Tienen algún parentesco los padres? Si
 ¿Ha tenido abortos la madre del enfermo? No

Condiciones del hogar: Barrio: Palacio (Moralidad: Muy buena Fábricas:

Casa-habitación: Si (¿Taberna?) No Interior: Si (Número de huecos): 5-

Limpieza, orden: Siempre Mobiliario: sencillo Comodidad: ninguna Condiciones sanitarias: Vehnicamente los techos altos

Miembros de la familia: Ambiente familiar y relaciones:

Disciplina:

Armonía entre hermanos, etc.:

Relación de la familia para con el enfermo:

Cambios en la familia:

Relación del enfermo para con las personas que le rodean:

Condiciones pecuniarias:

¿Hay parados? _____ ¿Qué miembros de la familia están en estas condiciones? _____

¿Viven de la caridad privada o pública? _____

¿Cómo se conduce el enfermo ante el trabajo? _____

Clase de su profesión u oficio: _____

¿Puede procurarse trabajo? _____

¿Dónde? _____

¿Ha sido informado el lugar donde presta sus servicios el enfermo de su estado y condiciones? _____

¿Pueden informar en éstos acerca de algunas particularidades del caso, como irritabilidad, ataques, etcétera? _____

Trabajo u ocupación en familia: _____

Antecedentes personales:

Historia personal.—¿Fue normal el parto? _____ ¿Qué anomalías sufrió durante su lactancia? _____

¿A qué edad? { Primeros dientes: _____
Andar: _____
Palabras: _____
Frases: _____

Enfermedades.—¿Qué enfermedades graves ha padecido en su infancia y adolescencia? _____

¿Han tenido complicaciones cerebrales? _____

¿Ha padecido en su infancia dolores de cabeza repetidos, vértigos, mareos, pérdidas completas de conocimiento, ataques con convulsiones, se orinaba de noche en el lecho? _____

¿Hasta qué edad? _____

¿Alucinaciones visuales? _____

Costumbres.—¿Cuánto duerme? _____ Alimentación (¿caprichosa?): _____ ¿Bebidas? (café, vino): _____ Nerviosidad _____ ¿Succión del dedo pulgar? _____ ¿Se come las uñas? _____

¿Dificultad en el lenguaje? _____ ¿Orina? _____ ¿Masturbación? _____

Carácter y sus cambios, si los ha habido: { ¿A qué edad? _____
¿Circunstancias? _____

Inestabilidad: _____ Indisciplina: _____ Pereza: _____ Desobediencia: _____ ¿Es grosero? _____ ¿Es colérico? _____ ¿Revolto? _____ ¿Bruto? _____ ¿Le gustan los animales? (Perros): _____ ¿Vengativo? _____ ¿Cariñoso o indiferente? _____ ¿Envidioso? _____ ¿Derrochador? _____ ¿Moralidad? _____ ¿Sucio? _____ ¿Mentiroso? _____
¿Hipócrita? _____ ¿Mitómano? _____ ¿Retraído? _____

Robos.—(Precisar bien en qué condiciones). (Cajas fuertes, por la noche, de día, etc.) _____

Fugas.—En la edad escolar: Fugas lejos, ¿cuántas y a qué intervalos?
 ¿Influye sobre los demás amigos? ¿Pocas amistades? ¿Cacique? ¿Inicia-
 tiva?

Escolaridad.—¿A qué edad? Conducta:
 ¿Cómo se comportó en sus primeros estudios o aprendizaje de oficio?
 Relación con los maestros y con los alumnos:
 Aptitudes y deficiencias: ¿Qué lugar ocupaba en la clase, si estaba con los niños de su
 edad?
 ¿Qué resultado ha tenido en sus exámenes de bachillerato y carrera?
 ¿Cómo se comportó en el servicio militar, y en general con sus deberes profesionales?
 ¿Ha contraído matrimonio? ¿Cómo se ha comportado en su matrimonio?
 Número de hijos y abortos ¿Si es mujer, ha tenido trastornos mens-
 truales? Epoca de aparición y supresión de las reglas:

.....
 ¿Abusa de bebidas alcohólicas? ¿Ha tenido sífilis? En su mayor edad ha tenido enfer-
 medades febriles? ¿Ha tenido estados de agotamiento, impulsos o arrebatos? ¿Ha su-
 frido arrestos o prisión? ¿Cómo y cuándo empezaron sus trastornos mentales?

.....
 ¿Tiene en la actualidad ideas tristes? ¿Se cree perseguido por familiares o extraños?
 ¿Ideas desagradables? ¿Temores? ¿Terrores? ¿Se encuentra excesivamente
 alegre y locuaz?

.....
 ¿Le flaquea la memoria? ¿Tiene aversión a la vida? ¿Oye voces o palabras desagrada-
 bles? ¿Tiene reacciones agresivas? ¿Es muy exaltado? ¿Tiene ataques?
 ¿Qué tal duerme? ¿Sueña? ¿En voz alta? ¿Es muy extravagante?
 ¿Adopta actitudes extrañas ¿Ha estado en una misma postura durante periodos de tiempo lar-
 gos? ¿Habla torpemente? ¿Ha tenido fenómenos paralíticos?

Trabajo.—Diferentes colocaciones: { Número, fecha de entrada:
 { Duración, fecha de salida:
 { Jornales:

Razones por las cuales cambia de oficios:

Relaciones con los { patronos:
 { compañeros:

Intereses

Recreos.—(Juegos). { Deporte:
 { Lectura:
 { Cartas:

Compañerismo:

Religión:

Ambiciones (Aspiraciones): Planes (proyectos para el porvenir:

¿Qué tratamiento ha tenido desde el principio de su enfermedad hasta su ingreso en el Manicomio?

.....

NOTA.—Si las respuestas están hechas por el interesado, poner atención en las primeras frases de la conversación.

Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés

AÑO DE 1936

RESUMEN ANUAL
(POR CONCEPTOS)

			Existencia anterior	Entrados	ALTAS					Existencia actual
					Curación	Remisión	Traslado	Defunción	Total de altas	
I.-Clasificación administrativa	Hombres...	Pensionistas.....	45	17		1	3	8	12	80
		Beneficencia.....	46	8		1		14	15	69
	Mujeres....	Pensionistas.....	96	18	2	4	2	11	19	95
		Beneficencia.....	82	3		1		4	5	80
	Total.....		129	46	2	4	5	24	51	124
II.-Clasificación técnica	Agitados.....		16			1	1	5	4	9
	Socios.....		12				1	4	5	7
	Tranquilos.....		101	46	2	6	3	28	39	108
	Total.....		129	46	2	4	5	24	51	124
III.-Clasificación nosológica	Oligofrenia.....		19	2		1		5	6	25
	Esquizofrenia.....		148	22		4	3	17	24	146
	Psicosis maníaco-depresiva.....		15	2	1	1		2	4	18
	Paranoia.....		29	1						30
	Psicopatía constitucional.....		12	4				1	1	20
	Demencia senil.....		18	2			1	6	4	13
	Parálisis general.....		4	2				3	3	6
	Psicosis epilépticas.....		24	3			1		1	26
	Psicosis alcohólicas.....		5	1		1			1	5
	Otras psicosis orgánicas y tóxicas.....		2	2	1			3	4	
	Total.....		129	46	2		5	24	51	124

Leganés, 31 de Diciembre de 1936.

El Jefe facultativo.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

SECCION 2.ª

CAPITAL DE

Madrid

AÑO 1951

MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL = LEGANÉS

BENEFICENCIA

MOVIMIENTO DE DEMENTES EN LOS MANICOMIOS

	VARONES	HEMBRAS
Existencia en 1.º de año.....	145	182
Entrados en el año.....	21	18
Salidos en el año... { Por muerte.....	5	13
{ Por otras causas.....	14	4
Existencia en fin de año.....	149	183
Mortalidad por 1.000 acogidos.....	28.2‰	41‰

Leganés 11 de Abril de 1952.

El Director.

Beneficencia

XI. Movimiento de dementes en los Manicomios

1) Año 1944

PROVINCIA	Número de establecimientos que han facilitado datos	NÚMERO DE ACOGIDOS						SALIDAS Y BAJAS						Mortalidad por 1 000 acogidos
		En primero de año		Entrados durante el año		EN TOTAL		Por defunción		Por otras causas				
		Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras			
Alava.....	1	89	160	28	31	117	191	9	10	27	27	61,69		
Albacete.....	1	97	78	35	27	132	105	18	6	20	15	101,27		
Alicante.....	1	133	93	96	61	229	154	16	3	51	47	49,61		
Almería.....	1	162	140	110	70	272	210	14	18	97	46	66,39		
Ávila.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Badajcz.....	1	240	140	79	53	319	193	14	12	38	34	50,78		
Baleares.....	1	323	242	78	63	401	305	29	15	61	45	62,32		
Barcelona.....	5	1 657	2 199	710	695	2 367	2 894	136	93	550	602	43,53		
Burgcs.....	1	5	7	21	21	26	28	1	»	22	23	18,52		
Cáceres.....	1	109	136	140	95	249	231	15	16	126	103	64,58		
Cádiz.....	1	142	195	121	81	263	276	20	21	91	67	76,07		
Castellón.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Ciudad Real.....	1	129	70	47	38	176	108	12	5	41	18	59,86		
Córd.ba.....	1	145	158	231	116	376	274	26	11	180	102	56,92		
Coruña (La).....	1	339	396	116	69	455	465	64	41	62	44	114,13		
Cuenca.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Gercna.....	2	263	391	98	110	361	501	34	34	99	69	78,89		
Granada.....	1	375	91	81	84	456	175	24	11	75	52	55,47		
Guadalajara.....	1	54	40	25	27	79	67	3	5	27	17	54,79		
Guipúzeca.....	1	447	938	129	159	576	1 097	34	66	105	88	59,77		
Huelva.....	1	13	9	28	27	41	36	2	1	24	25	38,96		
Huesca.....	1	29	32	19	18	48	50	9	2	9	8	112,24		
Jaén.....	1	32	»	135	33	167	33	11	2	11	2	65,00		
León.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Lérida.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Logroño.....	1	106	161	27	36	133	197	14	21	19	25	106,06		
Lugo.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Madrid.....	4	973	1 336	350	258	1 323	1 594	85	83	161	53	57,59		
Málaga.....	1	233	125	303	207	536	332	21	28	273	176	56,45		
Murcia.....	1	343	404	178	119	521	523	24	24	159	109	45,98		
Navarra.....	1	479	592	164	164	643	756	24	29	115	142	37,88		
Orense.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Oviedo.....	1	349	338	161	118	510	456	28	25	146	83	54,87		
Palencia.....	2	510	1 015	273	130	783	1 145	34	47	242	171	42,01		
Palmas (Las).....	1	232	263	167	70	399	333	24	17	111	71	56,01		
Pontevedra.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Salamanca.....	1	89	76	32	37	121	113	8	2	18	33	42,74		
Santa Cruz de Tenerife.....	1	130	96	82	42	212	138	5	4	65	25	25,71		
Santander.....	2	44	34	85	116	129	150	3	2	81	112	17,92		
Segovia.....	1	89	146	28	27	117	173	7	15	15	19	75,86		
Sevilla.....	1	575	450	356	197	931	647	37	18	335	186	34,85		
Soria.....	1	6	10	6	6	13	12	4	6	3	2	400,00		
Tarragona.....	1	95	101	67	97	161	198	5	15	49	36	55,71		
Teruel.....	1	93	120	22	21	115	141	7	3	12	15	39,06		
Toledo.....	1	122	172	52	39	174	211	17	19	35	27	93,51		
Valencia.....	1	484	405	246	192	730	597	62	32	188	129	70,84		
Valladolid.....	1	574	614	227	190	801	804	124	112	122	135	147,04		
Vizeaya.....	2	211	360	41	15	252	375	20	14	25	13	54,23		
Zamora.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Zaragoza.....	1	280	271	26	35	306	306	18	11	13	10	47,39		
TOTAL.....	52	10 796	12 600	5 224	3 994	16 020	16 594	1 062	899	3 903	3 006	60,13		

Beneficencia

2) Año 1945

PROVINCIA	Número de establecimientos que han facilitado datos	NUMERO DE ACOGIDOS						SALIDAS Y BAJAS						Moria- lidad por 1 000 acogidos
		En primero de año		Entrados durante el año		En total		Por defunción		Por otras causas				
		Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras			
Alava.....	1	81	154	26	30	107	184	6	7	11	20	44,67		
Albacete.....	1	94	84	30	25	124	109	12	8	36	27	85,84		
Alicante.....	1	162	104	112	59	274	163	8	6	94	50	32,04		
Almería.....	1	161	146	140	87	301	233	14	12	126	46	48,69		
Ávila.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Badajoz.....	1	267	147	88	60	355	207	27	17	44	34	78,29		
Baleares.....	1	311	245	81	57	392	302	21	14	49	32	51,93		
Barcelona.....	5	1 366	1 676	322	284	1 688	1 960	68	63	265	215	35,91		
Burgos.....	1	3	5	21	30	24	35	»	2	17	30	33,90		
Cáceres.....	1	108	112	137	126	245	238	17	10	105	102	55,90		
Cádiz.....	1	152	188	112	79	264	267	10	17	92	80	50,85		
Castellón.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Ciudad Real.....	1	123	85	50	33	173	118	9	1	33	59	34,36		
Córdoba.....	1	170	161	231	99	401	260	25	10	194	75	52,95		
Coruña (La).....	1	329	380	115	79	444	459	27	30	65	30	63,12		
Cuenca.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Gerona.....	2	228	398	116	107	344	505	17	24	100	103	48,29		
Granada.....	1	357	112	78	81	435	193	15	14	69	61	46,18		
Guadalajara.....	1	49	45	16	14	65	59	3	3	18	16	48,39		
Guipúzcoa.....	1	437	943	146	154	583	1 097	19	49	102	84	40,48		
Huelva.....	1	15	10	44	21	59	31	»	»	40	24	»		
Huesca.....	1	30	40	25	23	55	63	14	10	20	13	203,39		
Jaén.....	1	145	29	132	»	277	29	11	»	146	7	35,95		
León.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Lérida.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Logroño.....	1	100	151	35	43	135	194	3	11	27	27	42,55		
Lugo.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Madrid.....	4	1 077	1 458	429	320	1 506	1 778	103	100	516	362	61,81		
Málaga.....	1	242	128	193	122	435	250	79	31	93	83	160,58		
Murcia.....	1	338	390	163	118	501	508	17	12	188	237	28,74		
Navarra.....	1	504	585	162	172	666	757	41	28	174	169	48,49		
Orense.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Oviedo.....	1	336	348	196	130	532	478	28	17	160	115	44,55		
Palencia.....	2	507	927	285	270	792	1 197	29	35	265	150	32,18		
Palmas (Las).....	1	264	245	185	82	449	327	26	15	148	70	52,84		
Pontevedra.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Salamanca.....	1	95	78	50	51	145	129	7	7	34	41	51,09		
Santa Cruz de Tenerife.....	1	142	109	67	33	209	142	9	4	57	30	37,04		
Santander.....	2	45	36	56	83	101	119	3	1	60	77	18,18		
Segovia.....	1	95	139	38	37	133	176	6	13	35	46	61,49		
Sevilla.....	1	559	443	413	241	972	684	43	45	331	183	53,13		
Soria.....	1	6	4	11	7	17	11	1	»	8	8	35,71		
Tarragona.....	1	107	147	90	102	197	249	9	10	39	43	42,60		
Teruel.....	1	96	123	23	31	119	154	4	6	12	28	36,63		
Toledo.....	1	122	165	54	53	176	218	9	15	43	37	60,91		
Valencia.....	1	480	436	256	203	736	639	63	40	264	197	74,91		
Valladolid.....	1	555	557	222	208	777	765	88	64	139	175	98,57		
Vizcaya.....	2	207	348	38	34	245	382	25	18	23	16	68,58		
Zamora.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Zaragoza.....	1	275	285	36	33	311	318	19	11	36	24	47,69		
TOTAL.....	52	10 740	12 166	5 024	3 821	15 764	15 987	935	780	4 278	3 226	54,01		

Beneficencia

XI. Movimiento de dementes en los Manicomios

1) Año 1946

PROVINCIA	Número de establecimientos que han facilitado datos	NUMERO DE ACOGIDOS						SALIDAS Y BAJAS				Mortalidad por 1.000 acogidos
		En primero de año		Entrados durante el año		EN TOTAL		Por defunción		Por otras causas		
		Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	
Alava.....	1	96	164	33	34	129	198	9	14	33	28	70,33
Albacete.....	1	76	74	49	44	125	118	15	10	24	26	102,88
Alicante.....	1	172	107	103	76	275	183	14	10	78	51	52,40
Almería.....	1	161	175	132	122	293	297	12	20	101	93	54,24
Ávila.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Badajoz.....	1	284	156	88	74	372	230	26	19	62	39	74,75
Baleares.....	1	322	256	57	35	379	289	33	11	79	50	65,86
Barcelona.....	5	1.355	1.682	342	277	1.697	1.959	85	67	248	197	41,57
Burgos.....	1	7	3	21	29	28	32	1	2	21	29	50,00
Cáceres.....	1	123	126	117	106	240	232	26	18	101	86	93,22
Cádiz.....	1	162	170	126	110	288	280	22	12	88	71	59,85
Castellón de la Plana.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ciudad Real.....	1	131	58	70	50	201	108	15	6	52	31	67,96
Córdoba.....	1	182	175	200	102	382	277	22	18	190	82	60,70
Coruña (La).....	1	352	399	136	87	488	486	53	42	66	30	97,54
Cuenca.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cercna.....	2	227	378	101	113	328	491	23	30	105	100	64,71
Granada.....	1	351	118	104	158	455	276	22	23	177	81	61,56
Guadalajara.....	1	44	40	54	20	98	60	10	2	31	14	75,95
Guipúzcoa.....	1	462	964	130	145	592	1.109	25	56	116	70	47,62
Huelva.....	1	19	7	43	24	62	31	2	—	49	21	21,51
Huesca.....	1	21	40	36	31	57	71	5	5	10	13	78,13
J León.....	1	120	22	65	9	185	31	13	6	120	11	87,96
León.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lérida.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Logroño.....	1	105	156	34	38	139	194	6	6	32	27	36,04
Lugo.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Madrid.....	3	887	1.316	532	368	1.419	1.684	125	86	238	153	67,35
Málaga.....	1	263	136	205	127	468	263	82	23	138	110	143,64
Murcia.....	1	296	259	129	150	425	409	23	16	104	119	46,76
Navarra.....	1	451	560	204	166	655	726	43	48	158	121	65,89
Orense.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oviedo.....	1	344	346	205	159	549	505	34	18	196	145	49,34
Palencia.....	2	527	1.047	346	189	873	1.236	49	68	304	137	55,48
Palmas (Las).....	1	275	242	268	167	543	409	18	26	258	140	46,22
Pontevedra.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Salamanca.....	1	104	81	48	37	152	118	9	13	33	28	81,84
Santa Cruz de Tenerife.....	1	143	108	59	40	202	148	17	7	17	26	68,57
Santander.....	2	38	41	100	96	138	137	3	3	93	103	21,81
Segovia.....	1	92	117	34	44	126	161	4	9	20	28	45,30
Sevilla.....	1	598	456	341	196	939	652	78	40	277	181	74,16
Soria.....	1	8	3	7	15	15	18	—	—	9	14	—
Tarragona.....	1	149	196	102	73	251	269	13	16	73	46	55,77
Teruel.....	1	103	120	33	34	136	154	8	2	21	27	34,48
Toledo.....	1	124	166	47	65	171	229	18	29	43	44	117,50
Valencia.....	1	409	402	325	293	734	695	72	57	197	165	90,27
Valladolid.....	1	550	526	184	238	734	764	84	65	209	169	99,47
Vizcaya.....	2	197	348	94	139	291	487	15	12	32	80	34,70
Zamora.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zaragoza.....	1	256	283	48	31	304	314	23	19	16	9	67,96
Ceuta.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Melilla.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL.....	51	10.586	12.023	5.352	4.307	15.938	16.330	1.155	934	4.219	2.995	64,74

Beneficencia

2) Año 1947

PROVINCIA	Número de establecimientos que han facilitado datos	NUMERO DE ACOGIDOS						SALIDAS Y BAJAS						Mortali- dad por 1.000 acogidos
		En		Entrados		En total		Por		Por				
		primero de año		durante el año				defunción		otras causas				
		Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras			
Alava...	1	87	156	33	28	120	184	6	12	21	11	59,21		
Albacete...	1	86	82	26	25	112	107	4	6	23	17	45,66		
Alicante...	1	183	122	70	74	253	196	10	11	58	63	46,77		
Almería...	1	180	184	137	94	317	278	17	10	118	81	45,38		
Ávila...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Badajoz...	1	284	172	58	28	342	200	35	7	33	28	77,49		
Baleares...	1	267	228	71	70	338	298	16	19	51	45	55,03		
Barcelona...	8	1.687	2.223	771	837	2.458	3.060	97	124	655	711	80,05		
Burgos...	1	6	1	39	33	45	34	2	3	40	28	63,29		
Cáceres...	1	113	128	144	136	257	264	13	30	107	108	82,53		
Cádiz...	1	178	197	126	79	304	276	22	17	81	55	67,24		
Castellón de la Plana...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Ciudad Real...	1	134	71	54	40	188	111	5	3	37	32	26,76		
Córdoba...	1	170	177	178	89	348	266	13	14	159	75	43,97		
Coruña (La)...	1	369	414	122	69	491	483	46	48	67	63	96,51		
Cuenca...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Gerona...	2	200	361	102	138	302	499	18	15	76	96	41,20		
Granada...	1	256	172	85	86	341	258	74	74	21	25	247,08		
Guadalajara...	1	57	44	18	19	75	63	8	3	19	12	79,71		
Guipúzcoa...	1	451	983	153	102	604	1.085	13	60	90	77	43,22		
Huelva...	1	11	10	52	23	64	33	1	—	48	25	10,31		
Huesca...	1	42	53	19	23	61	76	1	4	20	19	36,50		
Jaén...	1	52	14	26	—	78	14	14	—	55	14	152,00		
León...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Lérida...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Logroño...	1	101	161	46	46	147	207	9	9	25	28	50,85		
Lugo...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Madrid...	3	1.058	1.445	355	252	1.413	1.697	87	84	244	135	54,93		
Málaga...	1	248	130	273	292	521	422	33	17	238	262	53,02		
Murcia...	1	298	274	144	134	442	408	12	20	106	136	37,00		
Navarra...	1	454	557	202	195	656	752	37	12	170	146	56,11		
Orense...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Oviedo...	1	319	342	246	138	565	480	25	14	176	152	37,32		
Palencia...	2	520	1.031	236	196	756	1.227	46	48	256	170	47,40		
Palmas (Las)...	1	267	243	169	139	436	382	25	31	171	127	68,46		
Pontevedra...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Salamanca...	1	110	77	54	47	164	124	10	8	40	42	62,50		
Santa Cruz de Tenerife...	1	168	115	80	57	248	172	15	9	87	39	57,14		
Santander...	2	42	31	128	102	170	133	5	3	105	78	26,40		
Segovia...	1	102	124	32	25	134	149	2	14	22	20	56,54		
Sevilla...	1	584	431	346	212	930	643	71	26	287	160	61,67		
Soria...	1	6	4	13	12	19	16	—	—	12	11	—		
Tarragona...	1	165	207	98	77	263	284	13	8	66	41	38,39		
Teruel...	1	107	125	29	23	136	148	4	8	18	13	42,25		
Toledo...	1	110	156	48	57	158	213	8	7	27	41	40,43		
Valencia...	1	465	473	277	174	742	647	62	47	204	150	78,47		
Valladolid...	1	441	530	207	184	648	714	35	26	187	172	44,80		
Vizcaya...	2	244	395	55	107	299	502	20	25	35	68	57,43		
Zamora...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Zaragoza...	1	265	286	36	17	301	303	20	11	13	8	51,32		
Ceuta...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Melilla...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
TOTALES GENERALES.	54	10.887	12.929	5.359	4.479	16.246	17.408	954	888	4.272	3.588	54,73		

Beneficencia

XI. Movimiento de dementes en los Manicomios

Año 1948

PROVINCIA	Número de establecimientos que han facilitado datos	NUMERO DE ACOGIDOS						SALIDAS Y BAJAS						Mortalidad por 1.000 acogidos
		En primero de año		Entrados durante el año		EN TOTAL		Por defunción		Por otras causas				
		Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras			
Alava.....	1	93	161	48	51	141	212	7	12	32	44	53,80		
Albacete.....	1	85	84	25	16	110	100	9	2	11	16	52,40		
Alicante.....	1	185	122	79	78	264	200	9	10	75	73	40,94		
Almería.....	1	182	187	142	87	324	274	11	9	137	70	33,44		
Ávila.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Badajoz.....	1	274	165	59	34	333	199	19	4	33	18	43,23		
Baleares.....	1	271	234	86	64	357	298	11	13	54	48	36,65		
Barcelona.....	9	1.706	2.225	767	831	2.473	3.056	112	141	625	316	48,21		
Burgos.....	1	3	3	42	37	45	40	1	1	35	37	23,52		
Cáceres.....	1	137	126	139	166	276	292	18	18	141	145	63,38		
Cádiz.....	1	179	187	163	92	342	279	16	8	122	70	38,65		
Castellón de la Plana.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Ciudad Real.....	1	146	76	60	37	206	113	11	2	44	27	40,75		
Córdoba.....	1	176	177	193	118	369	295	26	13	170	98	58,75		
Coruña (La).....	1	378	372	131	101	509	473	30	34	70	31	65,17		
Cuenca.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Gerona.....	2	208	388	90	118	298	506	15	17	81	108	39,80		
Granada.....	1	246	159	102	99	348	258	77	80	20	15	259,07		
Guadalajara.....	1	48	48	23	16	71	64	5	1	12	13	46,79		
Guipúzcoa.....	1	501	948	140	157	641	1.105	21	59	152	71	45,82		
Huelva.....	1	15	4	48	37	63	41	4	2	43	23	57,69		
Huesca.....	1	40	53	35	34	75	87	4	5	24	20	55,55		
Jaén.....	1	9	—	1	—	10	—	—	—	1	—	—		
León.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Lérida.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Logroño.....	1	109	170	46	37	155	207	19	22	28	25	113,26		
Lugo.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Madrid.....	3	1.082	1.478	349	267	1.431	1.745	70	83	236	183	48,17		
Málaga.....	1	250	143	373	290	623	433	25	13	321	253	35,32		
Murcia.....	1	324	252	163	157	487	409	11	15	145	119	29,01		
Navarra.....	1	449	564	272	217	721	781	42	15	192	157	37,95		
Orense.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Oviedo.....	1	364	314	235	241	599	555	19	22	137	139	35,53		
Palencia.....	2	454	1.009	368	266	822	1.275	45	53	277	112	46,73		
Palmas (Las).....	1	240	224	201	155	441	379	24	12	182	141	43,90		
Pontevedra.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Salamanca.....	1	114	74	51	54	165	128	10	16	39	38	88,73		
Santa Cruz de Tenerife.....	1	146	124	98	71	244	195	53	48	12	10	230,10		
Santander.....	2	60	52	51	65	111	117	1	3	55	71	17,54		
Segovia.....	1	110	115	40	27	150	142	4	6	28	12	34,25		
Sevilla.....	1	572	457	383	263	955	720	24	10	327	236	20,35		
Soria.....	1	7	5	12	13	19	18	—	—	13	15	—		
Tarragona.....	1	184	235	97	108	281	343	19	19	67	44	60,90		
Teruel.....	1	114	127	40	26	154	153	8	7	18	24	48,86		
Toledo.....	1	123	165	47	54	170	219	9	14	32	33	59,13		
Valencia.....	1	476	450	251	229	727	679	33	52	181	160	60,45		
Valladolid.....	1	426	516	234	204	660	720	42	36	150	176	56,50		
Vizcaya.....	2	244	408	76	120	320	528	27	23	60	84	58,72		
Zamora.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Zaragoza.....	1	268	284	36	18	304	302	12	13	21	8	47,85		
TOTALES.....	55	10.998	12.885	5.796	5.055	16.794	17.940	903	913	4.403	3.283	53,14		

Beneficencia

XI. Movimiento de dementes en los Manicomios

A Ñ O	Número de establecimientos que han facilitado datos	Existencia en 1.º de año	Entrados durante el año	B A J A S		Mortalidad por 1.000 acogidos
				Por defunción	Por otras causas	
1944	52	23.396	9.218	1.961	6.909	60,1
1945	52	22.906	8.845	1.715	7.504	54,0
1946	51	22.609	9.659	2.089	7.214	64,7
1947	54	23.816	9.838	1.842	7.860	54,7
1948	55	23.883	10.851	1.816	7.686	53,1
1949	52	24.829	10.850	1.980	7.901	55,6

XII. Movimiento de dementes en los Manicomios

Año 1949

CAPITAL	Número de establecimientos que han facilitado datos	Existencia en primero de año		Entrados durante el año		EN TOTAL		Salidos durante el año		Defunciones durante el año		Mortalidad por 1.000 acogidos
		Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	
Alava (Vitoria)	1	102	156	25	27	127	183	12	9	7	8	48,4
Albacete	1	90	82	25	20	115	102	35	20	11	5	74,0
Alicante	1	180	117	72	46	252	163	67	52	13	2	36,1
Almería	1	176	195	112	72	288	267	113	69	24	10	61,2
Badajoz	1	281	177	56	52	337	229	38	27	15	16	55,0
Baleares	1	292	237	87	62	379	299	71	47	18	16	50,1
Barcelona	(1) 8	1.736	2.224	685	786	2.421	3.010	583	798	81	193	62,0
Burgos	1	9	2	46	42	55	44	48	35	1	2	30,3
Cáceres	1	117	129	169	163	286	292	158	152	14	14	48,4
Cádiz	1	204	201	144	100	348	301	128	101	29	11	61,6
Ciudad Real	1	151	84	68	46	219	130	57	38	11	4	43,0
Córdoba	1	173	184	205	74	378	258	167	70	23	11	53,4
Coruña (La)	1	409	408	128	82	537	490	120	91	52	54	103,2
Gerona	2	202	381	85	102	287	483	50	71	17	16	43,0
Granada	1	251	163	100	103	351	266	67	69	21	14	57,0
Guadalajara	1	54	50	22	22	76	72	16	19	6	8	95,0
Guipúzcoa (S. Sebastián)	1	468	975	256	156	724	1.131	157	71	20	49	37,1
Huelva	1	16	16	40	38	56	54	44	41	1	4	45,0
Huesca	1	47	62	76	23	123	85	40	20	8	4	58,0
Jaén	1	9	—	223	101	232	101	134	84	4	2	18,0
Logroño	1	108	160	37	48	145	208	34	36	11	21	91,0
Madrid	3	1.125	1.479	392	300	1.517	1.779	318	311	84	107	58,0
Málaga	1	277	167	391	258	668	425	456	289	29	17	42,0
Murcia	1	331	275	178	147	509	422	142	118	23	20	46,4
Navarra (Pamplona)	1	487	609	235	188	722	797	221	208	37	56	61,2
Oviedo	1	443	384	254	205	697	589	335	212	19	19	30,0
Palencia	1	500	1.110	260	173	760	1.283	244	156	36	83	58,2
Palmas (Las)	1	235	226	228	147	463	373	214	132	11	14	30,0
Salamanca	1	116	74	53	54	169	128	50	48	4	7	37,0
Santa Cruz de Tenerife	1	179	137	85	58	264	195	76	50	64	42	231,0
Santander	1	28	18	63	64	91	82	62	56	2	3	29,0
Segovia	1	118	124	50	41	168	165	43	33	8	5	39,0
Sevilla	1	628	484	413	316	1.041	800	421	291	69	24	51,0
Soria	1	6	3	22	18	28	21	22	16	2	1	61,2
Tarragona	1	195	280	100	96	295	376	70	80	12	20	48,0
Teruel	1	128	122	36	35	164	157	23	17	15	6	65,4
Toledo	1	129	172	60	52	189	224	35	27	17	11	68,0
Valencia	1	513	467	289	208	802	675	226	157	70	52	83,0
Valladolid	1	468	508	178	181	646	689	241	172	42	33	56,1
Vizcaya (Bilbao)	2	233	421	67	59	300	480	59	76	19	13	40,0
Zaragoza	1	271	281	38	32	309	313	34	21	22	11	53,0
TOTAL	52	11.485	13.344	6.053	4.797	17.538	18.141	5.491	4.390	972	1.008	55,5

(1) Se incluyen cinco establecimientos de la provincia.

Beneficencia

IX. Movimiento de dementes en los Manicomios

A Ñ O	Número de establecimientos que han facilitado datos	Existencia en 1.º de año	Entrados durante el año	B A J A S		Mortalidad por 1.000 acogidos
				Por defunción	Por otras causas	
1944	52	23.396	9.218	1.961	6.909	60,1
1945	52	22.906	8.845	1.715	7.504	54,0
1946	51	22.609	9.659	2.089	7.214	64,7
1947	54	23.816	9.838	1.842	7.860	54,7
1948	55	23.883	10.851	1.816	7.686	53,1
1949	52	24.829	10.850	1.980	7.901	53,0
1950	54	24.856	11.233	1.704	9.055	47,2

X. Movimiento de dementes en los Manicomios

Año 1950

PROVINCIA	Número de establecimientos que han facilitado datos	Existencia en primero de año		Entrados durante el año		EN TOTAL		Salidos durante el año (incluidas defunciones)		Defunciones durante el año		Mortalidad por 1.000 acogidos
		Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	Varones	Hembras	
Alava	1	108	166	43	45	151	211	37	42	9	12	58,0
Albacete	1	80	82	30	21	110	103	18	21	6	7	61,0
Alicante	1	172	109	76	59	248	168	56	52	7	6	31,2
Almería	1	151	188	123	75	274	263	119	98	14	21	65,1
Badajoz	1	284	186	70	53	354	239	44	53	13	11	40,4
Baleares	1	290	236	76	60	366	296	88	62	14	11	37,7
Barcelona	7	1.589	2.062	718	69	2.307	2.759	708	754	78	80	31,1
Burgos	1	6	7	5	45	57	52	49	46	2	1	27,5
Cáceres	1	114	126	174	164	288	290	150	142	11	15	44,9
Cádiz	1	220	200	165	113	385	313	158	93	25	18	61,6
Catellón	1	45	35	48	66	93	101	40	66	2	—	10,3
Ciudad Real	1	162	92	49	45	211	137	56	34	13	1	40,2
Córdoba	1	188	177	211	117	399	294	220	94	30	14	63,5
Coruña (La)	1	417	399	133	66	550	465	98	70	40	39	77,8
Gerona	2	220	396	106	127	326	523	107	114	20	16	42,4
Granada	1	263	183	143	92	406	275	144	122	23	16	57,3
Guadalajara	1	54	45	16	26	70	71	70	30	2	3	35,4
Guipúzcoa	1	547	1.011	160	113	707	1.124	147	127	26	46	39,3
Huelva	1	12	13	58	33	70	46	53	34	—	—	—
Huesca	1	83	65	44	31	127	96	43	22	12	3	67,2
Jaén	1	98	17	280	101	378	118	153	94	25	7	64,5
León	1	100	151	36	41	136	192	32	34	8	6	42,6
Madrid	3	1.159	1.468	461	279	1.600	1.747	488	323	97	113	62,7
Málaga	1	212	136	331	287	543	423	292	234	39	21	62,1
Murcia	1	349	281	163	126	512	407	154	140	17	19	39,1
Navarra	2	501	643	227	230	728	873	214	212	33	24	35,6
Oviedo	1	343	358	329	159	672	517	301	109	19	16	29,4
Palencia	2	516	1.127	247	191	763	1.318	278	149	34	49	39,8
Palmas (Las)	1	249	241	255	133	504	374	242	149	13	22	39,8
Salamanca	1	119	80	43	50	162	130	38	43	7	8	51,3
Santa Cruz de Tenerife	1	188	145	98	60	286	205	89	56	11	9	40,7
Santander	1	27	23	56	62	83	85	61	69	2	2	23,8
Segovia	1	117	127	47	45	164	172	41	42	8	8	47,6
Sevilla	1	620	509	427	329	1.047	838	427	314	46	26	38,1
Soria	1	6	5	10	9	16	14	11	9	1	—	33,3
Tarragona	1	225	296	152	145	377	441	107	111	17	24	50,1
Ternel	1	126	134	27	40	153	174	36	43	8	14	67,2
Toledo	1	137	186	63	53	200	239	61	46	14	10	54,6
Valencia	1	506	466	259	206	765	672	259	200	58	50	75,1
Valladolid	1	405	517	208	190	613	707	202	184	41	45	65,1
Vizcaya	2	222	391	102	67	324	458	97	62	17	9	33,2
Zaragoza	1	275	292	44	23	319	315	42	30	22	18	63,1
TOTAL	54	11.485	13.371	6.359	4.874	17.844	18.245	6.030	4.729	884	820	47,2

Beneficencia

IX. Movimiento de dementes en los Manicomios

A Ñ O	Número de establecimientos que han facilitado datos	Existencia en 1.º de año	Entrados durante el año	B A J A S		Mortalidad por 1.000 acogidos
				Por defunción	Por otras causas	
1944	52	23.396	9.218	1.961	6.909	60,1
1945	52	22.906	8.845	1.715	7.504	54,0
1946	51	22.609	9.659	2.089	7.214	64,7
1947	54	23.816	9.838	1.842	7.860	54,7
1948	55	23.883	10.851	1.816	7.686	52,3
1949	52	24.829	10.850	1.894	7.967	53,0
1950	54	24.856	11.233	1.704	9.055	47,2
1951	56	25.362	11.698	1.662	9.483	44,8

X. Movimiento de dementes en los Manicomios

Año 1951

PROVINCIA	Número de establecimientos que han facilitado datos	Existencia en primero de año		Entrados durante el año		EN TOTAL		Salidos durante el año (incluidas defunciones)		Defunciones durante el año		Mortalidad por 1.000 acogidos
		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	
Alava	1	114	169	43	48	157	217	31	50	7	13	53,5
Albacete	1	92	82	27	29	119	111	23	32	11	9	86,9
Alicante	1	185	110	82	54	267	164	89	53	11	5	37,1
Almería	1	155	165	119	87	274	252	129	77	14	10	45,6
Badajoz	1	310	186	71	52	381	238	55	48	18	13	50,1
Baleares	1	278	234	75	56	353	290	75	45	17	8	38,9
Barcelona	7	1.599	2.005	786	800	2.385	2.805	700	741	77	80	30,2
Burgos	1	8	6	42	41	50	47	40	43	2	1	30,9
Cáceres	1	138	148	187	205	325	353	167	184	15	20	51,6
Cádiz	1	227	220	158	100	385	320	148	101	25	6	44,0
Castellón	1	53	35	61	88	114	123	78	87	8	4	50,6
Ciudad Real	1	155	103	69	66	224	169	53	57	3	6	22,9
Córdoba	1	179	200	187	98	366	298	187	98	14	20	51,2
Coruña (La)	1	452	395	137	93	589	488	138	92	60	54	105,8
Gerona	2	219	409	112	113	331	522	81	121	18	23	48,1
Granada	1	262	153	138	120	400	273	137	95	14	14	41,6
Guadalajara	1	—	41	14	20	14	61	11	13	1	—	13,3
Guipúzcoa	1	560	997	144	156	704	1.153	152	134	21	51	38,8
Huelva	1	17	12	40	29	57	41	45	32	2	—	20,4
Huesca	1	84	74	29	46	113	120	32	35	3	3	25,7
Jaén	1	225	24	163	128	388	152	184	122	7	4	20,4
Logroño	1	104	158	35	41	139	199	50	48	6	12	53,4
Madrid	4	1.112	1.455	371	366	1.483	1.821	368	319	87	107	58,7
Málaga	1	251	189	296	271	547	460	279	299	20	12	31,8
Murcia	1	358	267	189	168	547	435	193	188	9	11	20,4
Navarra	2	514	661	255	227	769	888	253	229	42	50	63,1
Oviedo	1	371	408	323	209	694	617	244	169	32	27	45,0
Palencia	2	485	1.169	313	198	798	1.367	279	162	66	45	51,3
Palmas (Las)	2	271	232	245	164	516	396	262	157	15	13	30,7
Salamanca	1	124	87	55	64	179	151	56	59	11	4	45,4
Santa Cruz de Tenerife	1	197	149	100	67	297	216	93	59	12	6	35,1
Santander	1	22	16	50	69	72	85	55	70	1	1	12,7
Segovia	1	123	130	53	40	176	170	43	38	4	8	34,7
Sevilla	1	620	524	427	329	1.047	853	413	312	46	26	37,9
Soria	1	5	5	4	5	9	10	9	8	—	1	52,6
Tarragona	1	270	330	182	146	452	476	110	130	10	26	38,8
Teruel	1	117	131	40	43	157	174	31	31	8	2	30,2
Toledo	1	137	193	58	58	195	251	50	55	14	8	49,1
Valencia	1	506	472	265	225	771	697	248	188	55	31	58,6
Valladolid	1	411	523	184	211	595	734	294	229	34	38	54,2
Vizcaya	2	227	396	101	69	328	465	103	66	17	13	37,8
Zaragoza	1	277	285	48	21	325	306	51	30	25	15	63,4
TOTAL	56	11.814	13.548	6.278	5.420	18.092	18.968	6.039	5.106	862	800	44,8

Establecimientos benéficos sanitarios

II. Movimiento de aco

AÑO — PROVINCIA	Número de establecimientos que han remitido datos	Número de camas de los mismos	EXISTENCIA EN 1.º DE AÑO			ENTRADOS DURANTE EL AÑO		
			Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
1944.....	52	..	10.796	12.600	23.396	5.224	3.994	9.218
1945.....	52	..	10.740	12.166	22.906	5.024	3.821	8.845
1946.....	51	..	10.586	12.023	22.609	5.352	4.307	9.659
1947.....	54	..	10.887	12.929	23.816	5.359	4.479	9.838
1948.....	55	..	10.998	12.885	23.883	5.796	5.055	10.851
1949.....	52	..	11.485	13.344	24.829	6.053	4.797	10.850
1950.....	54	..	11.485	13.371	24.856	6.359	4.874	11.233
1951.....	56	..	11.816	13.548	25.364	6.278	5.420	11.698
1952.....	56	27.140	12.014	13.835	25.849	6.993	5.944	12.937

1) Años

2) Acogidos en el

Alava.....	1	305	126	167	293	31	47	78
Alicante.....	1	158	96	79	175	40	27	67
Alicante.....	1	252	178	111	289	55	101	156
Almería.....	1	300	145	175	320	123	78	201
Badajoz.....	1	585	326	190	516	88	59	147
Balcarlos.....	1	559	278	245	523	80	53	133
Barcelona.....	7	3.921	1.692	2.070	3.762	909	798	1.707
Burgos.....	1	25	10	4	14	49	44	93
Cáceres.....	1	251	158	169	327	239	232	471
Cádiz.....	1	490	237	219	456	152	109	261
Castellón.....	(1) 1	80	53	35	88	51	67	118
Ciudad Real.....	1	300	171	112	283	76	62	140
Córdoba.....	1	370	179	200	379	189	97	286
Coruña (La).....	1	1.000	451	396	847	185	132	317
Gerona.....	2	724	250	401	651	141	153	294
Granada.....	1	341	263	178	441	168	110	278
Guadalajara.....	(1) 1	186	3	48	51	77	79	156
Guipúzcoa.....	1	1.611	552	1.019	1.571	163	211	374
Huelva.....	1	31	12	9	21	69	56	125
Huesca.....	1	166	81	85	166	31	31	62
Jaén.....	1	425	204	30	234	205	273	478
Logroño.....	1	325	89	151	240	62	32	94
Madrid.....	4	2.859	1.110	1.502	2.612	495	384	879
Málaga.....	1	410	268	161	429	343	277	620
Murcia.....	1	715	354	247	601	209	277	486
Navarra.....	2	1.364	516	659	1.175	219	224	443
Oviedo.....	1	861	390	416	806	337	227	564
Palencia.....	2	1.772	519	1.205	1.724	349	240	589
Palmas (Las).....	2	520	254	239	493	276	153	429
Salamanca.....	1	220	123	92	215	53	52	105
Santa Cruz de Tenerife.....	1	316	204	157	361	122	82	204
Santander.....	(1) 1	60	17	15	32	72	82	154
Segovia.....	1	250	133	132	265	43	28	71
Sevilla.....	1	1.150	634	541	1.175	458	393	851
Soria.....	(1) 1	16	—	2	18	20	38	58
Tarazona.....	1	840	342	346	688	138	177	315
Teruel.....	1	303	126	143	269	39	37	76
Toledo.....	1	310	147	196	343	48	52	100
Valencia.....	1	1.064	523	509	1.032	256	199	455
Valladolid.....	1	400	301	505	806	103	111	214
Vizcaya.....	2	651	225	399	624	190	51	241
Zaragoza.....	1	634	274	276	550	40	27	67
TOTAL.....	56	27.140	12.014	13.835	25.849	6.993	5.944	12.937

(1) Sala de Hospital General.

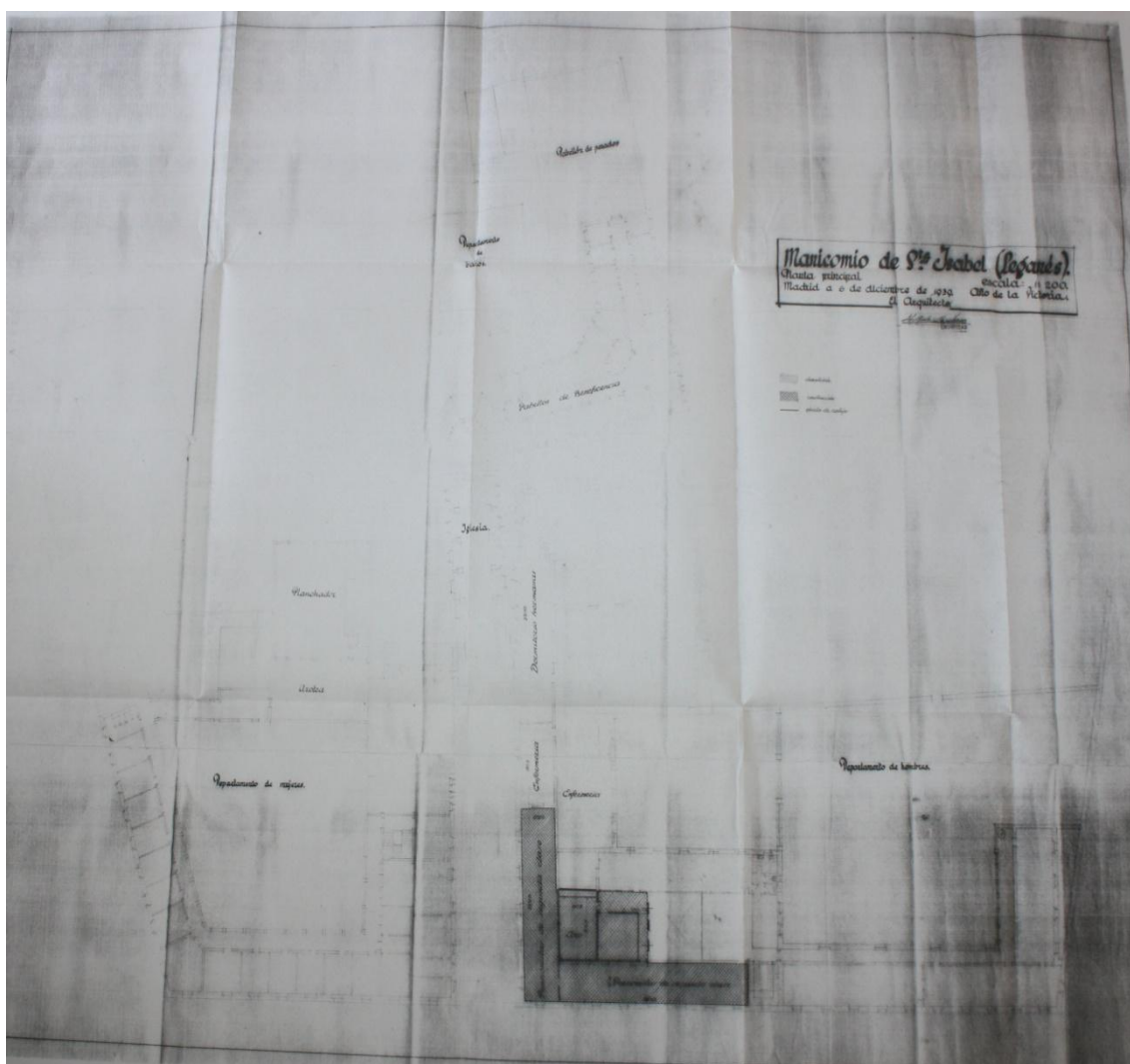
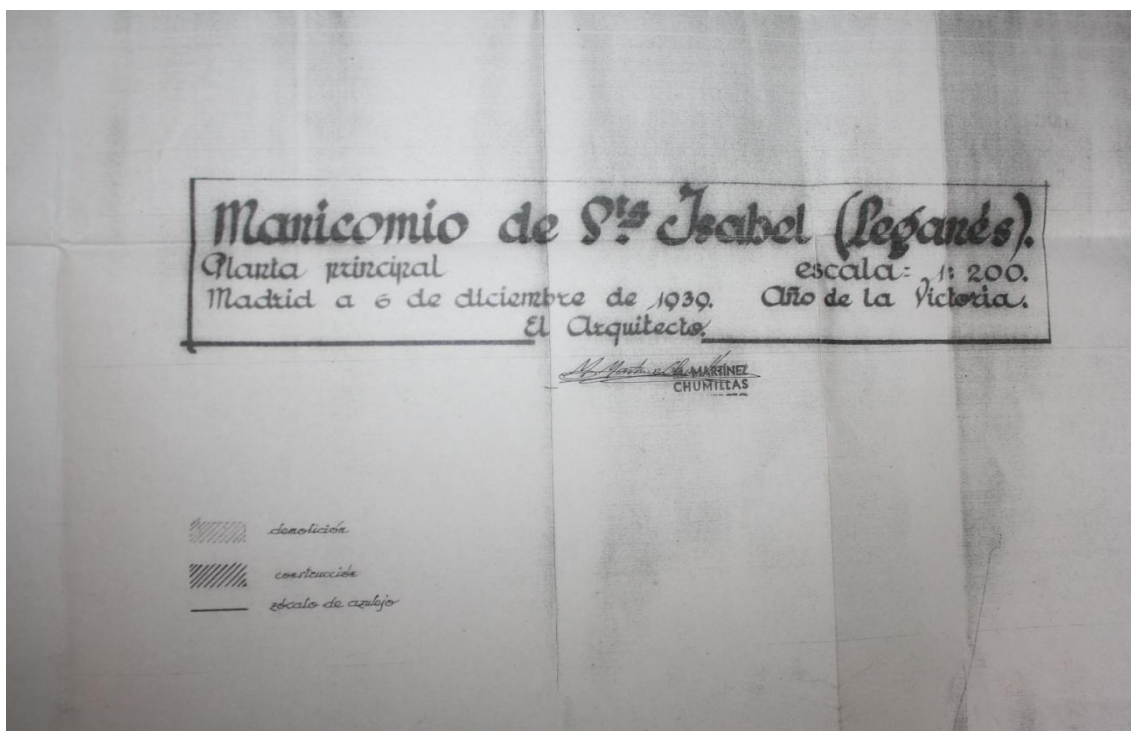
Establecimientos benéficos sanitarios

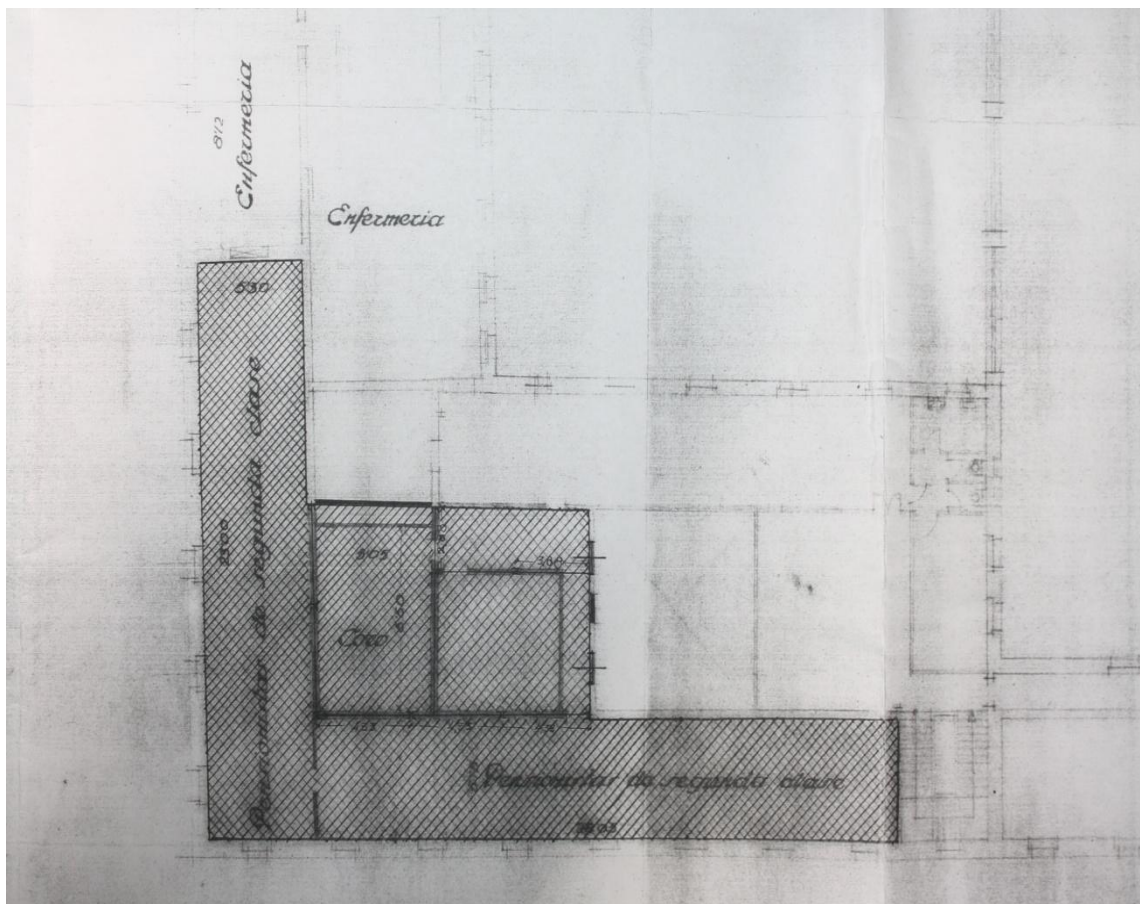
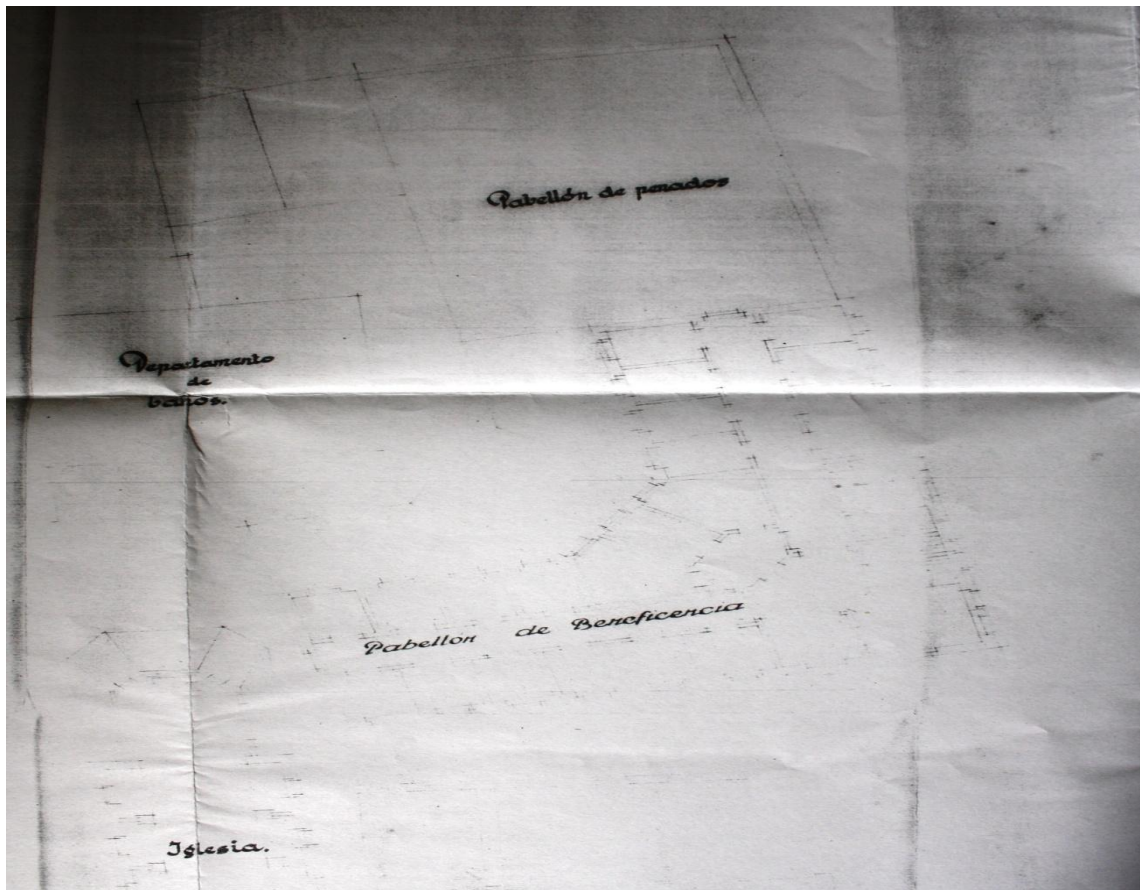
idos en los manicomios.

TRATADOS EN EL AÑO			SALIDOS EN EL AÑO						Mortalidad por 1.000 acogidos	AÑO — PROVINCIA
Varones	Mujeres	Total	Por defunción			Por otras causas				
			Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total		
16.020	16.594	32.614	1.062	899	1.961	3.903	3.006	6.909	60,1	1944.
15.764	15.987	31.751	935	780	1.715	4.278	3.226	7.504	54,0	1945.
15.938	16.330	32.268	1.155	934	2.089	4.219	2.995	7.214	64,7	1946.
16.246	17.408	33.654	954	888	1.842	4.272	3.588	7.860	54,7	1947.
16.794	17.940	34.734	903	913	1.816	4.403	3.283	7.686	52,3	1948.
17.538	18.141	35.679	920	974	1.894	4.559	3.408	7.967	53,0	1949.
17.844	18.245	36.089	884	820	1.704	5.146	3.909	9.055	47,2	1950.
18.094	18.968	37.062	862	800	1.662	5.177	4.306	9.483	44,8	1951.
19.007	19.779	38.786	689	668	1.357	6.009	4.888	10.897	35,0	1952.

año 1952, por provincias

157	214	371	4	13	17	26	28	54	45,8	Alava.
136	106	242	9	2	11	28	23	51	45,5	Albacete.
233	212	445	5	7	12	104	77	181	27,0	Alicante.
268	253	521	8	7	15	111	69	180	28,8	Almería.
414	249	663	20	8	28	57	44	101	42,2	Balears.
358	298	656	14	13	27	63	54	117	41,2	Barcelona.
2.601	2.868	5.469	92	77	169	777	704	1.481	30,9	Burgos.
59	48	107	6	6	12	47	40	87	112,1	Cáceres.
397	401	798	14	17	31	212	189	401	38,8	Cádiz.
389	328	717	12	4	16	124	87	211	22,3	Castellón.
104	102	206	4	4	8	59	64	123	38,8	Ciudad Real.
249	174	423	6	2	8	71	54	125	18,9	Córdoba.
368	297	665	21	13	34	163	96	259	51,1	Coruña (La).
636	528	1.164	36	21	57	69	54	123	49,0	Gerona.
391	554	945	10	26	36	112	108	220	38,1	Granada.
431	288	719	16	12	28	156	110	266	38,6	Guadalajara.
80	127	207	3	5	8	23	28	51	29,3	Guipúzcoa.
715	1.230	1.945	20	37	57	192	85	277	6,8	Huelva.
81	65	146	1	—	1	63	52	115	39,5	Huesca.
112	116	228	4	5	9	27	36	63	21,1	Jaén.
409	303	712	9	6	15	184	122	306	32,9	Logroño.
151	183	334	4	7	11	48	23	71	38,7	Madrid.
1.605	1.886	3.491	54	81	135	396	409	805	43,9	Málaga.
611	438	1.049	29	17	46	313	255	568	17,5	Murcia.
563	524	1.087	9	10	19	181	172	353	35,8	Navarra.
735	883	1.618	28	30	58	193	198	391	33,6	Oviedo.
727	643	1.370	24	22	46	321	192	513	30,3	Palencia.
868	1.445	2.313	33	37	70	286	136	422	32,5	Palmas (Las).
530	392	922	14	16	30	247	137	384	18,8	Salamanca.
176	144	320	3	3	6	48	52	100	23,0	Santa Cruz de Tenerife.
326	239	565	8	5	13	96	70	166	5,3	Santander.
89	97	186	—	1	1	75	71	146	60	Segovia.
176	160	336	4	6	10	36	24	60	42,4	Sevilla.
1.092	934	2.026	57	29	86	458	358	816	50,0	Soñia.
18	22	40	—	2	2	16	13	29	24,9	Tarragona.
480	523	1.003	11	14	25	108	102	210	31,9	Teruel.
165	180	345	6	5	11	27	31	58	31,7	Toledo.
195	248	443	5	9	14	32	47	79	61,2	Valencia.
779	708	1.487	45	46	91	193	160	353	43,1	Valladolid.
404	616	1.020	18	26	44	153	175	328	27,7	Vizcaya.
415	450	865	15	9	24	87	122	209	25,9	Zaragoza.
314	303	617	8	8	16	27	17	44		
19.007	19.779	38.786	689	668	1.357	6.009	4.888	10.897	35,0	TOTAL.





Antonio de mi vida: empezaré diciéndote que ayer día de la Virgen confesé y comulgué y tu sabes lo que eso significa en mí que jamás lo hice.

La vida de una persona puede cambiar solo en unas horas, y la mía ha cambiado y ha sido el golpe tan fuerte y doloroso que hasta mis ideas se han transformado. Lo único que no cambia por esos estremos que hago, es el pensamiento que lo tengo fijo, obsesivo... nuestros hijos, nuestro Antonio, no lo sé desde un momento, fueros y vino, pero sobre todo mi niño, mi Rafaela, ese es mi mayor martirio. ¿Cómo están? ¿que toma el vino? ¿le da el maldito, perdóname y ven por mí. Hago por tu madre y sobre todo por ELLOS.

Querido Luis: Por el cariño que siempre nos has demostrado a mis hermanos y a mí y apelando a tus buenos sentimientos, te suplico que en cuanto recibas esta venga a verme, aunque no sea más que un instante. No te meta ningún trabajo y para mí sería un bien tan grande que me ayudase a resignarme a mi muerte. Estoy aquí en el manicomio de Leganés. Con esta sola frase te darás cuenta de mi pena que es infinita, me que por mí por encontrarme separada

de mis hijos y sobre todo de mi frecuencia al
que no consigo olvidar ni de día ni de
noche.

Las Hermanas me tratan con mucho ca-
riño, pero mi amor esto me hace olvidar-
me de ellos, y mas que nada la incertid-
umbre de saber quien me ira a mi Bra-
zaelito, acaba conmigo.

Por Dios ven que yo pueda verte
y consolarme un poco. Te espera ansiosa

14-8-44

¡¡¡

Esta la escribo con autorización de la
Superiora quien sabe que eres un buen
amigo nuestro.

Amame de tu vida, pero por Dios déjame
al lado de mis hijos. Déjame cuidar nues-
tra casa y atenderlos a ellos que tu bien
sabes que eso siempre lo hice con esmero.
Auténtico ¡por lo Virgen! ¡tú sabes donde me
has enviado? ¡tú tienes idea si quiera lo que
es un manicomio? No, tú no lo sabes, no es
posible que si así fuere, me hubieses traído
aquí, a mí que aunque ya no me quieras
soy la madre de tus cinco hijos y tú sabes
lo que yo te quiero. Yo envié a la Nora
y si no vienes pronto, acabaré solo Dios
sabe como. No te hagas de piedra, y ten
compasión de tu desgraciada mujer, que
solo quiere sus hijos

¡¡¡

16-8-44- Leganes

Sr. D. Aurelio .

Medico .

de mi confianza .

Muy Sr mio : Devo de
su bondad y aprecio en
hablarme con D. Antonio
por acompañarme en mi
decebo de preparar unas fi-
estas en la Plaza de la Bon-
tad ^{dia 15.} tación de Separes en pre-
sencia de sus bonitas Casas
con adornar la Plaza y la
Calle en bonito y Maravillo-
so especto con una buena Or-
questa de Catatunia de las
superior que hay los Gatos
de la Orquesta y mi buento
y otros Gatos si hay y sera
a sus honores .

H. J. Berdona

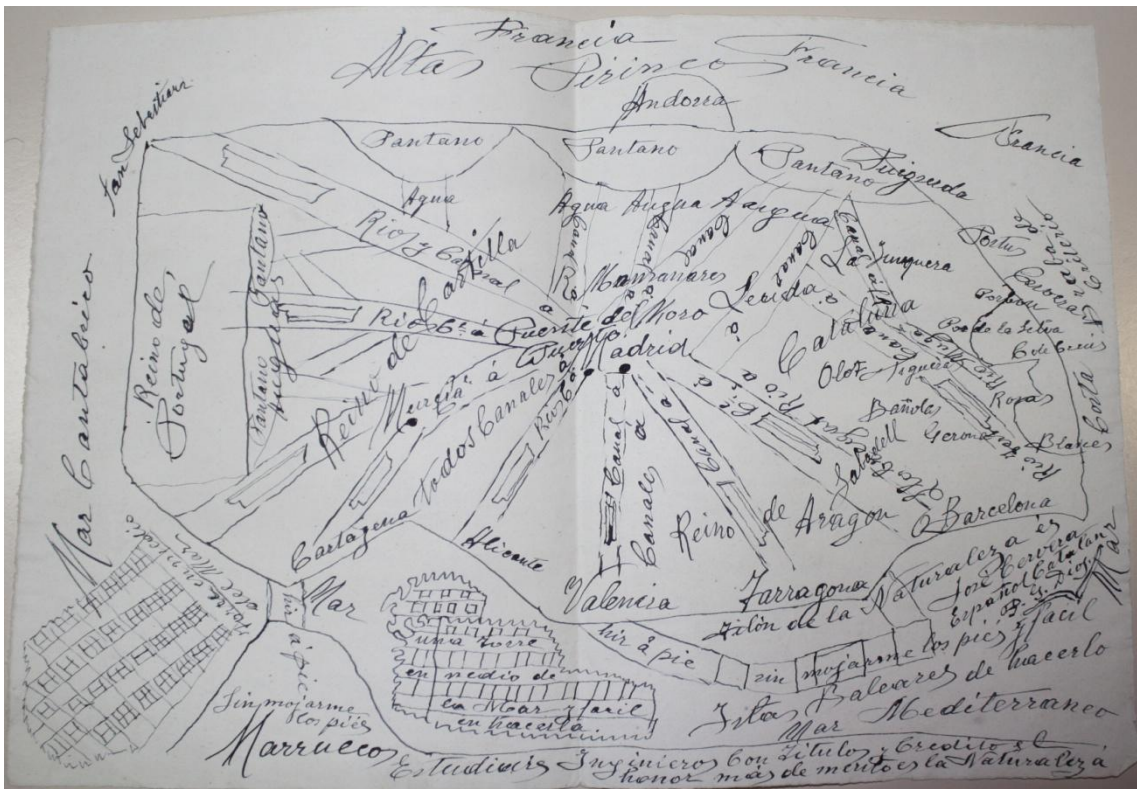
El Excelentísimo Alcalde
 de Seganes Sr. D. Antonio Martin
 y el Ayuntamiento en Pleno y sus vecinos
 Hayo saber que mi deceso es en pre-
 parar unos dias de fiesta Mayor del
 dia 14-15-16-17-18-19-20 si Vdes; lo au-
 erden con una Orquesta con 12 Unida-
 des de la Fia de Gerona Catalanes todo
 a mi criterio y amigos todos con la
 buena Union de Castilla y Cataluna.
 La fiesta de estos dias sera en la Pla-
 za de la Constitucion de esta Villa de
 Seganes deacando la conformidad de
 todos Vdes; y contestacion pronto.
 Espero de V. Excelentissimo Sr. D. Antonio
 Martin Alcalde y Medico de mi sa-
 lud al Manicomio Sta. Isabel

J. S. S. J. S. M. B.

Jose Bervera Bros.



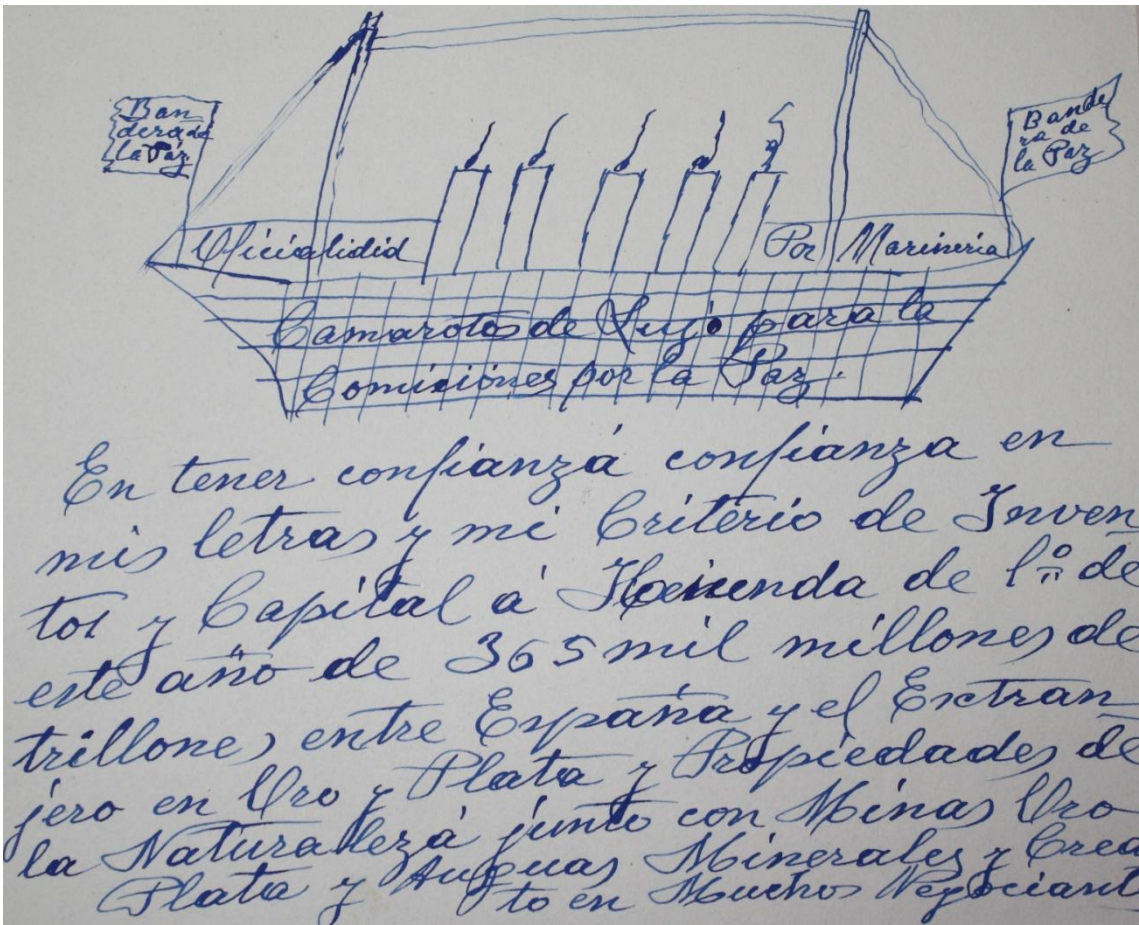
Seganes 27-7-45.



Sr. Director D.
 Manuel Ferrate.
 En mi satisfacción
 en saludarme con
 la amable visita de
 todos Vdes; me sería
 grata mi entrevista
 y como las verdades
 no son válidas hoy
 por hoy queda a tu

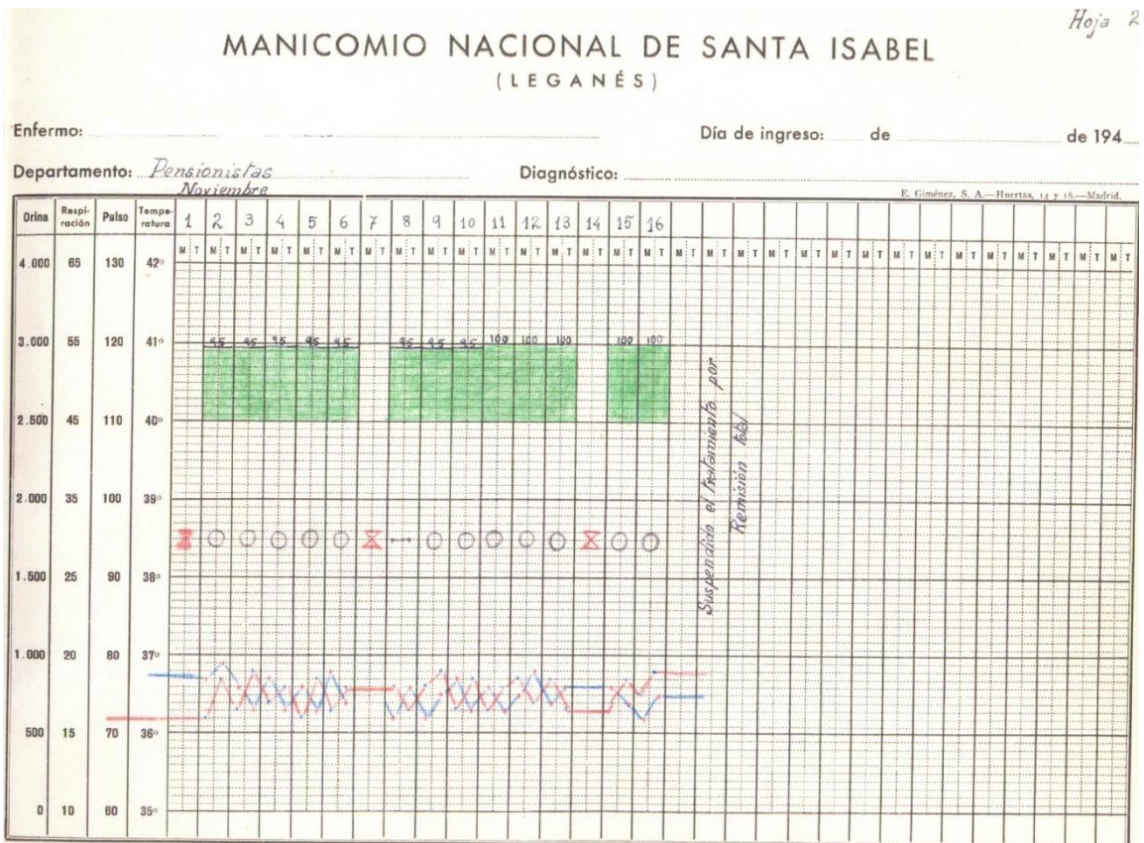
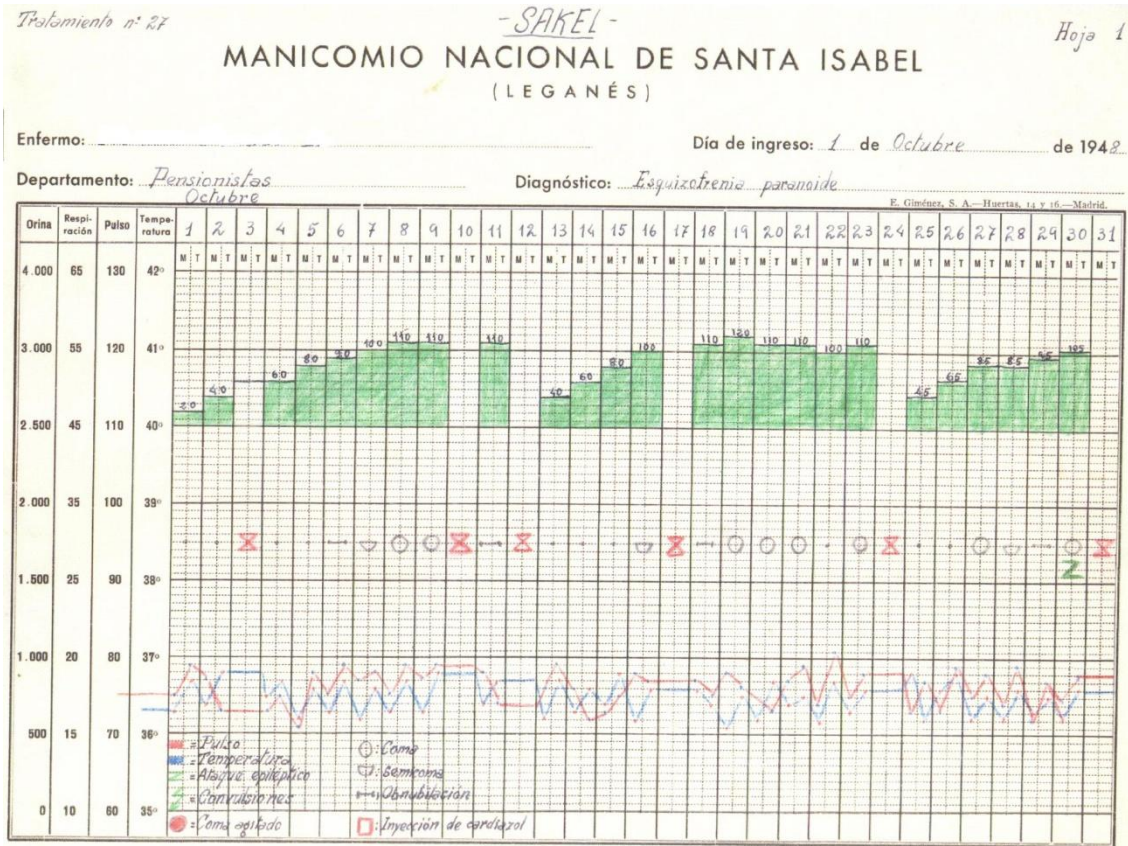
Lista de la Lotería para el
 Día 4-1-45 = el 30% para
 la Felicidad y apoyo a la Ca-
 sa Santa Isabel de Segovia
 Madrid. 2-1-45.

Nombres y Apellidos		Ptas Com.	
José	Bervera Gros	500	00



Después de transcurridos cuatro días de recibir el género, no admito reclamación alguna ni devoluciones.

ANEXO 14: PLANTILLAS DE TERAPIAS DE CHOQUE



Manicomio Nacional de Santa Isabel. - LEGANES.ENFERMO;PENSIONISTAS de 2ªDIAGNOSTICO; Esquizofrenia paranoide.TRATAMIENTO; ~~3ake\$~~Fecha de comienzo del tratamiento;1-Octubre-1,948.Fecha de terminacion del tratamiento;16-Noviembre-1,948Duracion del tratamiento;47 dias.Dias de descanso;9 dias.Dias efectivos de tratamiento;38 dias.Unidades empleadas de Insulina;3,400 U.I.Dosis máxima empleada;120 U.I.Dosis mínima con obtencion de coma;85 U.I.Numero de comas normales;20 comas.Número de comas agitados;- comas.Total de comas;20 comas.Número de semicomas;3Número de fases convulsivas;- fasesNúmero de ataques epilepticos espontaneos;1 ataques.,, ,, ,, ,, provocados;- ataques.Cardiazol inyectado (via endovenosa);- cardiazol.Suero glucosado inyectado (33%);200 c.c.Azucar administrada;8,450 gramosAdrenalina inyectada;1 miligramoMarca de Insulina: IBY3.

Leganés, NOVIEMBRE de 1,948

MANICOMIO NACIONAL DE SANTA ISABEL

ENFERMO: _____DEPARTAMENTO: PensionistasDIAGNOSTICO : Esquizofrenia.TRATAMIENTO: SAKEL.Fecha de comienzo del tratamiento 20-XI-1944.,, , terminacion 23-XII-1944.Duracion 34 dias.Dias de descanso 5 ,,,, efectivos de tratamiento 29 ,,Insulina empleada 2,020 U.I.Dosis máxima alcanzada 120 U.I.,, minima (con obtencion de coma) 50 U.I.Numero de comas normales 17.,, , agitados -,, , semicomas 3Ataques epilepticos espontaneos 1Convulsiones no epilepticas 5Convulsiones provocadas (electroshock) -

,, , (cardiazol intravenoso)... -

Suero glucosado inyectado (al 50 %) 310 c.c.Azucar administrada 4,350 gramos.Adrenalina inyectada 1 miligram.MARCA DE INSULINA : _____

Leganés, Diciembre de 1944.

MANICOMITO NACIONAL SANTA ROSA

Dr. Mendiguchina

Diagnóstico Phicosis M-Deformis Comienzo del tratamiento Junio 1946

[illegible]

VENTA CORRIENTE:
BANCO DE ESPAÑA

TELEGRAMAS Y
TELEFONEMAS (SANITARIA
TELÉFONOS 14188
14801

(ANTIGUA "CASA HARTMANN")



INDUSTRIAS SANITARIAS

SOCIEDAD ANÓNIMA

FÁBRICA, TALLERES Y OFICINAS:
BARCELONA - CLOT
CALLE CORTES ESQUINA LUCHANA

EXPOSICIÓN Y VENTA:
BARCELONA · MADRID · SEVILLA · VALENCIA ·
PASEO DE GRACIA, 48 FUENCARRAL, 43 RÍOJA, 18 ENBAJADOR VICH, 7

TALLERES MECÁNICOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MOBILIARIO CLÍNICO MODERNO
INSTALACIONES DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN
GOTAS DE LECHE · LAVADEROS MECÁNICOS · COCINAS CENTRALES A VAPOR
INSTALACIONES SANITARIAS PARA HOSPITALES, BALNEARIOS, ETC.

ES COPIA

Nº 2391.

Dic. GK. Rep. AS.

MADRID 13 de Julio de 1934.

PRESUPUESTO

sobre : INSTALACION DE UN BOTIQUIN DE URGENCIA.-

para : MANICOMIO DE LEGANES.- (MADRID).-

POS.	NÚMERO	CANTIDAD	DETALLE	PRECIOS	TOTAL
			<u>Sala de esterilización.-</u>		
1	17030	1	GRUPO de aparatos para la esterilización de agua y apósitos, combinado de:		
		1	Autoclave del nº 2, de 32 cm. de diámetro interior, con tapadera a charnela, completo con manómetro de precisión, válvula de seguridad, grifo de purga, tubo indicador del nivel de agua, filtro de aire y mechero gasificador de alcohol.		
		1	Depósito de 35 litros de cabida, construido de chapa de cobre superior, interiormente estañado, completo, con tubo de nivel, filtro de aire y racores para entrada y salida del agua. Montado sobre soporte mural.		
		1	Depósito de igual construcción, provisto de mechero gasificador de alcohol para el recalentamiento del agua esterilizada.		
		1	Lavabo de porcelana de superior calidad, modelo nº 17060, montado sobre soportes de hierro barnizados, completo con batería mezcladora Ideal, desagüe a rodilla con racor para el empalme del tubo de desagüe. Completan el grupo el juego de tubería		
			sigue-		

INDUSTRIAS SANITARIAS
 SOCIEDAD ANÓNIMA

Hoja 2.

POS.	NÚMERO	CANTIDAD	DETALLE	PRECIOS	TOTAL
			Suma anterior		
			metálica para la conducción del agua esterilizada entre los diferentes componentes de la instalación.		
			<u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u>		6.100.-
2	15074a	2	<u>CAJAS-BOTES</u> para la esterilización de blusas, delantales, servilletas, etc. Construidas en chapa de metal niquelado en su parte interior y exterior. <u>Tamaño:-</u> Alto 23 cm. Diámetro 30,5"		
			<u>PRECIO</u> a <u>PTAS:</u>	225.-	450.-
3	15071b	2	<u>CAJAS-BOTES</u> para la esterilización de algodones y gasas. <u>Tamaño:-</u> Alto 14 cm. Diámetro 20 "		
			<u>PRECIO</u> a <u>PTAS:</u>	115.-	230.-
4	14014	1	<u>ESTERILIZADOR</u> de instrumentos por ebullición, con calefacción eléctrica y en las siguientes dimensiones: 420 x 180 x 105 mm. interiores.		
			<u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u>		590.-
			<u>Sala de operaciones.-</u>		
5	70052	1	<u>MESA "Eureka"</u> , construcción y acabado de gran lujo. El armazón es construido en tubo de acero unido a la soldadura autógena. Los tableros de luna de 8 mm. de espesor y los dos correspondientes al asiento de 12 mm. Completa, con cubeta para líquidos, juego de horquillas y pedales niquelados, banquillo plegable con cantoneras de metal niquelado.		
			<u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u>		1.975.-
6	78004	1	<u>TABURETE</u> graduable, de hierro pintado al esmalte blanco, con el asiento de metal niquelado.		
			<u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u>		180.-
			suma y sigue-		9.525.-

INDUSTRIAS SANITARIAS

SOCIEDAD ARGENTINA

Hoja 3.

POS.	NÚMERO	CANTIDAD	DETALLE	PRECIOS	TOTAL
			Suma anterior		9.525.-
7	76003	1	<p><u>CARRITO</u> porta-curas, construido en tubo de hierro pintado al esmalte blanco, con ruedas de goma. Lleva en la parte superior una cubeta de hierro esmaltado, forma rectangular de 42 x 32 cm. y un arco-soporte para una caja-bote de 30 cm. de diámetro.</p> <p>En la parte inferior, un estante de hierro con barandilla de protección.</p> <p>Tres cubetas de cristal colocadas en soportes giratorios completan el equipo del porta-curas. (La caja-bote no va comprendida en el precio del porta-curas).</p> <p><u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u></p>		925.-
8	84005	1	<p><u>CUBO</u> sanitario, nuevo modelo, con tapadera accionada a pedal.</p> <p>En el interior va colocado el cubo de zinc destinado a recibir los apósitos sucios.</p> <p>Modelo pequeño, de 5 litros de cabida.</p> <p><u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u></p>		150.-
9	77006	1	<p><u>SOPORTE</u> para dos cajas-botes de 30,5 cm. de diámetro.</p> <p>Construido en tubo de hierro pintado al esmalte blanco, con ruedas de goma.</p> <p><u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u></p>		325.-
10	75016	1	<p><u>MESITA AUXILIAR</u>, construida en tubo de hierro, con dos estantes de chapa y otro superior de luna. Pintada al esmalte blanco.</p> <p><u>Dimensiones:</u>- 50 x 40 x 80 cm.</p> <p><u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u></p>		240.-
11	78027	1	<p><u>SILLA</u> modelo económico, de tubo de hierro pintado al esmalte blanco, Asiento y respaldo de chapa.</p> <p><u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u></p>		160.-
12	72005	1	<p><u>LAMPARA</u> para la iluminación del campo operatorio, modelo "ISA", compuesta de gran pantalla con cristal</p> <p>suma y sigue-</p>		11.325.-

INDUSTRIAS SANITARIAS

SOCIEDAD ANÓNIMA

Hoja 4.

POS.	NÚMERO	CANTIDAD	DETALLE	PRECIOS	TOTAL
			Suma anterior.....		11.325.-
			mateado de un diámetro de 48 cm. Esta lámpara está debidamente equi- librada por contrapesa siendo ínfimo el esfuerzo a realizar para dejarla en la posición deseada.		
			<u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u>		850.-
13	79015	1	<u>ARMARIO-VITRINA</u> construido en hie- rro pintado al esmalte blanco, con aplicaciones de metal niquelado, montado sobre patas curvadas. La doble puerta, así como las partes laterales, posterior, techo y fondo son de cristal. Los estan- tes son de vidrio extriado. <u>Dimensiones totales:-</u> 130 x 50 x 30 cm. Con tres estantes.		
			<u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u>		900.-
			<u>Material variado.-</u>		
14	70010	1	<u>CAMA</u> especial de reconocimiento y masaje. Construida en tubo de hierro pintado al esmalte blanco y cabeca- ra graduable. Almohadones de gutaper- cha. <u>Dimensiones:-</u> Largo 180 cm. Ancho 55 " Alto 55 "		
			<u>PRECIO</u> <u>PTAS:</u>		700.-
15	6420	1	<u>MARTILLO</u> de percusión..... <u>PTAS:</u>		15.-
16	6421	1	<u>PLES IMETRO</u> ;..... <u>PTAS:</u>		4.-
17	6445	1	<u>OXCILOFON</u> <u>PTAS:</u>		350.-
18	6657	1	<u>TIJERA</u> recta, de 13 cm..... <u>PTAS:</u>		13.50
19	6667	1	" curva de 13 cm..... <u>PTAS:</u>		15.50
20	6727	1	<u>SONDA</u> acanalada de 13 cm..... <u>PTAS:</u>		4.-
21	6892	2	<u>BISTURIS</u> a <u>PTAS:</u>	21.-	42.-
<u>T O T A L: PESETAS.....</u>					14.219.-
sigue-					

INDUSTRIAS SANITARIAS

SOCIEDAD ANÓNIMA

Hoja 5.

POS.	NÚMERO	CANTIDAD	DETALLE	PRECIOS	TOTAL
			<p>Suma anterior.....</p> <p>Los precios cotizados en la presente oferta se entienden netos, por género puesto en nuestros almacenes de Madrid.</p> <p>-----</p> <p>Este presupuesto se aplica con responsabilidad propia y de acuerdo con el artículo undécimo de la Orden del Ministerio de Industria y Comercio de 24 de Febrero de 1.943.</p> <p>== " " " " " " " " ==</p> <p><u>MADRID, 13 DE JULIO DE 1.944.-</u></p>		

CLASIFICACIÓN DE KRAEPELIN

- I. Alteraciones en los traumatismos craneales:
 - A. delirio traumático
 - B. epilepsia traumática
 - C. defectos psíquicos traumáticos

- II. Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas:
 - A. tumores, abscesos, cisticercosis
 - B. esclerosis lobar y esclerosis múltiple
 - C. enfermedades germinales: corea de huntington, esclerosis tuberosa, idiotismo amaurotico, enfermedad de merzbacher, enfermedad de Wilson, seudoesclerosis.
 - D. Encefalitis (incluida la encefalitis epidémica, hidrocefalia)
 - E. Insolación

- III. Alteraciones mentales en las intoxicaciones:
 - A. intoxicaciones exógenas:
 - 1. alcoholismo:
 - a. embriaguez
 - b. embriaguez agitada
 - c. alcoholismo
 - d. delirio de celos alcohólico
 - e. delirium tremens
 - f. alucinosis alcohólica
 - g. psicosis de korsakow
 - h. epilepsia alcohólica
 - 2. intoxicaciones crónicas por los alcaloides
 - a. morfinismo, opifagia, codeinismo, heroinismo, dioninismo.
 - b. Cocainismo (con morfinismo o sin el)
 - 3. otras intoxicaciones crónicas:
 - a. intoxicaciones con cloromorfo, petróleo, bencina, hidrato de cloral, paraldehido, bromo, trienal, veronal, plomo, mercurio, sulfato de carbono, haxix, etc.
 - b. Ergotismo, pelagra, beriberi (con síntomas mentales)
 - 4. intoxicaciones agudas:
 - a. gases: oxido de carbono, gas del alumbrado, oxido nitroso, ácido sulfhídrico, etc.
 - b. medicamentos: atropina, yodoformo, quinina, acodo salicílico, tropacocaina, etc.
 - c. otros tóxicos: hongos, anilina, binitrotoluol, toluidina, etc.
 - B. intoxicaciones endógenas:
 - 1. por productos del recambio nutritivo:
 - a. delirio urémico
 - b. delirio eclámptico
 - c. psicosis en la diabetes
 - d. delirio en la colemia (ictericia grave)
 - e. delirio en los trastornos circulatorios
 - f. delirio en las caquexias (carcinoma, anemias graves, etc.)

- g. asfixias por el calor
- h. delirios por el hambre y por la sed, delirios por colapso (neumonía, erisipela).
- 2. intoxicaciones endocrinas (enfermedades endocrinas):
 - a. psicosis tirogénicas:
 - 1. enfermedad de Basedow
 - 2. mixedema
 - 3. cretinismo
 - b. debilidad mental en enfermedades:
 - 1. de la hipófisis (gigantismo, distrofia adiposo genital, enanismo).
 - 2. de la epífisis (macrogenitosomia precoz, obesidad).
 - 3. de las cápsulas suprarrenales (pseudohermafroditismo, enfermedad de addison).
 - 4. de las glándulas sexuales (eunucoidismo, gigantismo, virilidad).
 - 5. del timo (idiotismo tímico, estado tímico linfático).
 - 6. insuficiencia pluriglandulares

IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas:

(Tifus, viruela, poliartritis, neumonía, influenza, corea, fiebre intermitente, paludismo, sepsis, tisis, rabia, lepra, tripanosomiasis):

- 1. delirio febril infeccioso
- 2. estados confusionales (después de enfermedades infecciosas, amencia).
- 3. estado de debilidad infecciosos

V. Sífilis,:

- 1. sífilis cerebral:
 - a. neurastenia sífilítica.
 - b. Seudo parálisis sífilítica (cuadros clínicos análogos a los de la parálisis).
 - c. Lues cerebral apopléjica (debilidad mental sífilítica simple con parálisis).
 - d. Epilepsia sífilítica
 - e. Formas paranoides
 - f. Sífilis congénita (parálisis cerebral infantil, debilidad mental).
- 2. parálisis general progresiva:
 - a. demencial
 - b. depresiva
 - c. expansiva
 - d. formas agitada y galopante
 - e. tabo parálisis
 - f. formas atípicas (lissauer)
 - g. parálisis juvenil
- 3. psicosis tabética

VI. Procesos arterioscleróticos y de regresión:

- 1. arteriosclerosis:

- a. debilidad mental arteriosclerótica
 - b. encefalitis subcortical (diagnostico anatómico)
 - c. epilepsia tardía
 - d. debilidad mental apoplética
 - 2. procesos preseniles:
 - a. formas perniciosas (enfermedades de la edad de la regresión que conducen rápidamente a la muerte, con lesiones anatómicas características)
 - b. formas catatónicas (catatonía tardía)
 - c. formas paranoides (en tanto no presentan síntomas esquizofrénicos)
 - 3. psicosis seniles:
 - a. demencia senil
 - b. presbiofrenia
 - c. enfermedad de Alzheimer
 - d. delirio de persecución senil
- VII. Epilepsia genuina (imbecilidad epiléptica, demencia epiléptica, estados crepusculares, status epilepticus)
- VIII. Esquizofrenias:
- A. demencias precoz:
 - a. forma simple
 - b. demencia precocísima (en la edad infantil)
 - c. hebefrenia
 - d. formas depresivas y estuporosa
 - e. formas circular y agitada
 - f. catatonía
 - g. demencia
 - h. confusión del lenguaje
 - B. parafrenias:
 - a. sistemática
 - b. expansiva
 - c. confabulatoria
 - d. fantástica
- IX. Psicosis maniaco depresiva:
- A. Predisposición maniaco depresiva:
 - 1. predisposición irritable
 - 2. predisposición maniaca
 - 3. predisposición depresiva
 - 4. predisposición ciclotímica
 - B. Psicosis maniaco depresiva:
 - a. manía
 - b. melancolía
 - c. estados mixtos
- X. Psicopatías (incluidas las personalidades histéricas):
- a. nerviosos
 - b. neurosis obsesivas

- c. excitables(con rasgos histéricos y sin ellos)
- d. inestables (con rasgos histéricos y sin ellos)
- e. débiles de voluntad (con rasgos histéricos y sin ellos)
- f. impulsivos (aumento de los impulsos normales). Epilepsia afectiva
- g. impulsivos patológicos
- h. perversos sexuales (homosexuales, sádicas, masoquistas, fetichistas, exhibicionistas)
- i. discutidores
- j. extravagantes, retorcidos
- k. mentirosos
- l. personalidades histéricas (carácter histérico, histeria degenerativa)
- m. camorristas
- n. asóciales

XI. Reacciones psicógenas (incluidas todas las reacciones histéricas)

A. Psicosis y neurosis de situación:

- a. depresión psicógena (causa externa)
- b. locura inducida
- c. psicosis de prisión de origen psicógeno (delirio de inocencia, de indulto, litigantes de prisión)
- d. psicosis de espanto (estados confusionales pasajeros a causa de impresiones muy fuertes)
- e. neurosis de guerra (actitudes de rechazo ante el servicio en el frente)
- f. neurosis traumáticas (actitud de repulsa ante la vuelta al trabajo)
- g. neurosis de renta
- h. delirio de litigantes

B. Estados nerviosos:

- a. agotamiento nervioso (por exceso de trabajo y emociones)
- b. neurosis de angustia

C. Reacciones histéricas:

- a. histerismo del desarrollo (en la edad juvenil)
- b. histerismo alcohólico
- c. histerismo traumático
- d. estados crepusculares histéricos, estados crepusculares de ganser
- e. estupor histérico de prisión

XII. Paranoia:

- A. Personalidades paranoides
- B. Formas atenuadas y abortivas de la paranoia
- C. Delirio de persecución y de los sordos
- D. Paranoia clásica (delirio de persecución, de celos, de descendencia, de grandezas, religioso, de los inventores, erótico)

XIII. Oligofrenias:

- 1. grados diferentes:

- a. idiotismo
- b. imbecilidad
- c. debilidad
- 2. mongolismo
- 3. infantilismo

XIV. Casos oscuros



















Tabla A1: Profesiones de los pacientes del Manicomio de Leganés (1939-1952)

PROFESIÓN	TOTAL
Sus labores	231
Religiosa	38
Estudiante	32
Empleado	19
Labrador	15
Sacerdote	9
Maestro industrial	9
Médico	6
Abogado	6
Comerciante	6
Pensionista	5
Jornalero	5
Jubilado	5
Mecánico	5
Químico	4
Carpintero	3
Impresor	3
Farmacéutico	3
Mutilado de guerra	3
Cartero	3
Militar	3
Chófer	3
Agente	2
Hortelano	2
Sastre	2
Empleado del estado	2
Encuadernador	2
Taquimecanógrafo	2
Guardia civil retirado	2
Escribiente	2
Delineante	2
Sirvienta	2
Panadero	2
Funcionario de correos. Jefe administración correos	2
Propietario	1
Mercantil	1
Electricista	1
Empleado monte de piedad	1
Portera	1
Empleado municipal	1
Dependiente bar	1
Idiomas	1
Oficial de 1ª de telégrafos	1
Dependiente de comercio	1

ANEXO 18: TABLAS

Modista	1
Empleado particular	1
Licenciado en ciencias naturales	1
Empleado del metro	1
Guardia de policía armada jubilado	1
Agricultor	1
Practicante	1
Contable	1
Comandante de marina retirado	1
Empleado banco de España	1
Capitán de infantería	1
Ferrovionario jubilado	1
Ingeniero	1
Industrial	1
Ayudante técnico	1
Sirvienta jubilada	1
Representante de teatros. Gerente	1
Asilada	1
Veterinario	1
Camarero	1
Empleado de hotel	1
Artista de circo	1
Cocinero	1
Peluquero	1
Auxiliar de O.P.	1
Zapatero	1
Pensionista banco de España	1
Cerrajero	1
Empleado de Renfe	1
Obrero	1
Empleado del ministerio de agricultura	1
Barnizador	1
Carbonero	1
Tranviero	1
Calderero	1
Músico	1
Industrial	1
Sin profesión	1
Ninguna	58
No consta	69
Total	615

Tabla A2. Entradas y Salidas en el Manicomio de Leganés (1939-1952)

AÑO DE INGRESO	ENTRADAS	SALIDAS
1939	35	10
1940	75	46
1941	53	58
1942	85	107
1943	53	32
1944	57	39
1945	57	52
1946	46	51
1947	51	20
1948	49	62
1949	33	22
1950	36	32
1951	39	36
1952	49	41

Tabla A3. Agrupación de las causas de mortalidad por sistemas en el Manicomio de Leganés (1939-1952)

Causa de Mortalidad descrita	Causa de mortalidad agrupada por sistemas	N
Apoplejía	Neurológico	15
Hemorragia cerebral	Neurológico	12
Epilepsia	Neurológico	7
Ictus apopléjico	Neurológico	6
Esclerosis cerebral	Neurológico	5
Ictus apopléjico por hemorragia cerebral	Neurológico	3
Reblandecimiento cerebral	Neurológico	2
Ataque epiléptico	Neurológico	2
PGP	Neurológico	2
Hemorragia cerebral arteriosclerótica	Neurológico	2
Ataque convulsivo	Neurológico	2
Embolia cerebral	Neurológico	1
Ictus por trombosis cerebral	Neurológico	1
Síncope cardíaco por mal epiléptico	Neurológico	1
Ictus cerebral	Neurológico	1
Arteriosclerosis cerebral	Neurológico	1
Colapso circulatorio por absceso epiléptico	Neurológico	1
Psicosis epiléptica	Neurológico	1
Parkinson	Neurológico	1
Ictus epiléptico	Neurológico	1
Miocarditis	Cardiológico	32
Endocarditis	Cardiológico	8
Insuficiencia cardíaca	Cardiológico	7
Colapso cardíaco	Cardiológico	7
Insuficiencia mitral	Cardiológico	3
Cardiopatía isquémica	Cardiológico	3
Síncope cardíaco	Cardiológico	3
Embolia	Cardiológico	2
Insuficiencia circulatoria aguda	Cardiológico	2
Miocarditis por bronconeumonía	Cardiológico	2
Asistolia	Cardiológico	2
Infarto de miocardio	Cardiológico	1
Colapso por esclerosis cardiorenal	Cardiológico	1
Gangrena por endocarditis obliterante	Cardiológico	1
Embolia cerebral por insuficiencia mitral	Cardiológico	1
Hemoptisis por aortitis	Cardiológico	1
Embolia coronaria	Cardiológico	1
Endocarditis reumática	Cardiológico	1
Insuficiencia aórtica	Cardiológico	1
Tuberculosis pulmonar	Respiratorio	24
Neumonía	Respiratorio	8
Bronconeumonía	Respiratorio	6
Bronquitis aguda	Respiratorio	4

ANEXO 18: TABLAS

Bronquitis crónica	Respiratorio	2
Enfisema pulmonar	Respiratorio	2
Bronquitis	Respiratorio	2
Absceso pulmonar	Respiratorio	1
Colapso cardíaco por bronconeumonía	Respiratorio	1
Pleuresía	Respiratorio	1
Bronquitis gangrenosa	Respiratorio	1
Neumonía con insuficiencia cardíaca	Respiratorio	1
Foco neumococo tuberculoso	Respiratorio	1
Peritonitis tuberculosa	Respiratorio	1
TBC laríngea	Respiratorio	1
Bronconeumonía en bronquitis crónica	Respiratorio	1
Colitis	Digestivo	8
Enteritis aguda	Digestivo	6
Enterocolitis	Digestivo	6
Cáncer de estómago	Digestivo	6
Peritonitis	Digestivo	5
Enteritis	Digestivo	5
Obstrucción intestinal	Digestivo	4
Gastroenteritis	Digestivo	3
Colitis crónica	Digestivo	2
Cirrosis hepática	Digestivo	2
Carcinoma gástrico	Digestivo	1
Hemorragia intestinal por perforación	Digestivo	1
Cáncer de cardias	Digestivo	1
Enteritis crónica	Digestivo	1
Úlcera de estómago	Digestivo	1
Cirrosis atrofica	Digestivo	1
Estenosis esofágica	Digestivo	1
Abdomen agudo	Digestivo	1
Nefritis aguda	Nefrológico	5
Nefritis	Nefrológico	5
Nefroesclerosis	Nefrológico	4
Uremia	Nefrológico	4
Embolia nefroesclerótica	Nefrológico	1
Nefritis crónica	Nefrológico	1
Esclerosis renal	Nefrológico	1
Septicemia	Infeccioso General	4
Gangrena simétrica en miembros	Infeccioso General	3
Artritis supurada	Infeccioso general	1
Gangrena	Infeccioso General	1
Fiebre reumática	Infeccioso general	1
Suicidio	Otros	3
Depauperación orgánica	Otros	2
Caquexia	Otros	2
Cáncer	Otros	1
Carcinoma uterino	Otros	1
Hernia	Otros	1
Anemia en proceso tumoral	Otros	1
Arteritis obliterante	Otros	1
Cáncer de mama	Otros	1

ANEXO 18: TABLAS

Senilidad	Otros	1
Tromboflebitis	Otros	1
Disentería	Otros	1
Agotamiento físico	Otros	1

Tabla A4. Agrupación de los diagnósticos de las historias clínicas según la clasificación de Kraepelin

Diagnósticos psiquiátricos literales (Historias clínicas)	Grupos kraepelin	Nº pacientes
Corea de huntington	II	4
Parkinson postencefalítico	II	3
Esclerosis tuberosa	II	1
Meningoencefalitis	II	1
Alcoholismo	III	6
Toxicomanía. Alcoholismo	III	3
Toxicomanía	III	2
Toxicomanía (morfina y alcoholismo)	III	1
Toxicomanía alcohólica por grifa	III	1
Morfínomanía	III	1
Psicosis episódica por problema anemia	III	1
Toxicomanía alcohólica por grifa	III	1
PGP	V	12
Parálisis general infantil	V	1
Hemiplejia infantil	V	1
Lues cerebral	V	1
Parálisis general juvenil	V	1
Demencia senil	VI	32
Arteriosclerosis cerebral	VI	6
Demencia orgánica (arteriosclerosis)	VI	3
Psicosis senil	VI	2
Demencia orgánica	VI	2
Senilidad	VI	1
Psicosis presenil esquizoide	VI	1
Arteriosclerosis cerebral. Debilidad mental consecutiva	VI	1
Senilidad. Trastorno psíquico de origen arteriosclerótico	VI	1
Parkinson	VI	1
Demencia senil. Estado demenciado consecuencia a probable parafrenia	VI	1
Psicosis senil delirante tipo paranoide sin estado demencial ostensible	VI	1
Demencia senil (presbiofrenia)	VI	1
Epilepsia	VII	20
Epilepsia genuina	VII	13
Demencia epiléptica	VII	9
Psicosis epiléptica	VII	6
Psicosis epiléptica	VII	2

Epilepsia en forma de debilidad mental	VII	1
Epilepsia larvada	VII	1
Esquizofrenia paranoide	VIII	85
Esquizofrenia.	VIII	76
Esquizofrenia forma catatónica	VIII	29
Esquizofrenia estado final	VIII	11
Esquizofrenia procesal	VIII	10
Esquizofrenia simple	VIII	8
Esquizofrenia hebefrénica	VIII	5
Esquizofrenia (forma hebefrénica)	VIII	5
Parafrenia	VIII	3
Esquizofrenia paranoide. Estadio final	VIII	3
Esquizofrenia (defecto esquizofrénico)	VIII	3
Esquizofrenia catatónica. Estadio final	VIII	3
Defecto postprocesual consecuente a esquizofrenia paranoide	VIII	2
Esquizofrenia procesal catatónica	VIII	1
Brote esquizofrénico.	VIII	1
Esquizofrenia catatónica de defecto	VIII	1
Esquizofrenia paranoide. Defecto esquizofrénico	VIII	1
Hebefrenia residual pueril	VIII	1
Esquizofrenia catatónica (catatonía periódica)	VIII	1
Esquizofrenia hebefrenocatatónica	VIII	1
Esquizofrenia paranoide. Constitución leptosómica	VIII	1
Presbiofrenia	VIII	1
Brote hebefrénico con alteración déficit de personalidad	VIII	1
Esquizofrenia residual	VIII	1
Demencia precoz	VIII	1
Esquizofrenia incoherente	VIII	1
Esquizofrenia en fase de remisión	VIII	1
Esquizofrenia hebefrenicaparanoide	VIII	1
Esquizofrenia hebefrénica. Estadio final	VIII	1
Síndrome esquizofrénico	VIII	1
Esquizofrenia residual hebefrénica	VIII	1
Psicosis maniaco depresiva	IX	16
Melancolía con ansiedad	IX	8
Melancolía	IX	5
Psicosis maniaco depresiva. Depresión	IX	4
Depresión endógena. Psicosis maniaco depresiva	IX	3
Psicosis maniaco depresiva. Ciclo melancólico. Melancolía cicloide	IX	3
Manía aguda	IX	2
Depresión endógena	IX	2

Síndrome depresivo	IX	2
Ciclofrenia	IX	1
Reacción psicógena	IX	1
Depresión endógena involutiva	IX	1
Melancolía rígida. Catatonía tardía	IX	1
Distimia depresiva	IX	1
Psicosis maniaco depresiva. Fase maniaca	IX	1
Psicosis maniaco depresiva (depresión angustiosa)	IX	1
Psicosis maniaco depresiva. Fase maniaca aguda	IX	1
Locura circular. Fase maniaca en periodo regresivo	IX	1
Ciclotimia	IX	1
Melancolía en remisión	IX	1
Melancolía en fase regresiva	IX	1
Síndrome depresivo en regresión	IX	1
Locura circular de doble forma	IX	1
Locura circular	IX	1
Melancolía en fase de involución	IX	1
Manía crónica	IX	1
Psicosis afectiva endógena, tipo depresivo con agitación psicomotriz	IX	1
Depresión endógena	IX	1
Melancolía de involución	IX	1
Síndrome melancólico	IX	1
Depresión crónica	IX	1
Personalidad psicopática	X	20
Psicópata. Psicopatía	X	7
Psicópata hipertímico pseudólogo	X	3
Personalidad psicopática paranoide	X	3
Neurosis obsesiva	X	2
Psicópata inestable	X	2
Psicopatía constitucional	X	2
Psicopatía orgánica	X	1
Psicopatía con agitación psicomotriz	X	1
Psicopatía	X	1
Personalidad querulante, desarrollo litigante	X	1
Personalidad psicopática hipertímica	X	1
Psicopatía hipocondríaca	X	1
Psicópata inseguro de sí mismo	X	1
Personalidad psicopática asocial	X	1
Histeria	XI	1
Psicosis de situación	XI	1
Paranoia	XII	3
Reacción paranoide	XII	1

Paranoia involutiva	XII	1
Delirio de interpretación en constitución mental paranoide	XII	1
Depresivo paranoico	XII	1
Delirio paranoide	XII	1
Delirio de celos	XII	1
Paranoia parcial	XII	1
Desarrollo paranoico. Delirio de persecución	XII	1
Paranoia alucinatoria	XII	1
Oligofrenia	XIII	25
Oligofrenia. Imbecilidad	XIII	15
Oligofrenia. Idiocia	XIII	10
Oligofrenia. Débil mental	XIII	2
Oligofrenia de segundo grado de causa desconocida	XIII	1
Oligofrenia exógena. Meningitis	XIII	1
Oligofrenia superficial	XIII	1
Oligofrenia congénita	XIII	1
Idiocia exógena	XIII	1
Oligofrenia profunda	XIII	1
Idiocia exógena	XIII	1
Oligofrenia mongoloide idiocia	XIII	1
Oligofrenia erógena. Idiocia	XIII	1
Oligofrenia con reacción de tipo psicopática	XIII	1
Oligofrenia media	XIII	1
Oligofrenia endógena	XIII	1
Psicastenia	OTROS	1
Parapatía anancástica	OTROS	1
Pseudosonambulismo	OTROS	1
Enfermedad friedreich	OTROS	1